

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

55º Congreso Sociedad Andaluza de Cardiología

Almería, 19-21 de mayo de 2022

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

630/2. FÁRMACOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR 2 DE SODIO-GLUCOSA Y REMODELADO VENTRICULAR IZQUIERDO EN DIABÉTICOS. RESULTADOS DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL Y PROSPECTIVO

Fátima González Testón, Sergio Gamaza Chulian, Enrique Díaz Retamino, José Carlos Gaitero Reina, Antonio Martín Santana y Eva González Caballero

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción y objetivos: Los inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (iSGLT2), agentes hipoglucémicos orales utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), han demostrado tener beneficios cardiovasculares, aunque el mecanismo subyacente aún no está claro. Nuestro objetivo fue analizar sus efectos sobre el remodelado y la deformación miocárdica longitudinal del ventrículo izquierdo.

Métodos: Entre noviembre de 2019 y abril de 2020, se incluyeron 52 pacientes con DM2 mayores de 18 años, con HbA1c entre el 6,5 y el 10,0% y filtrado glomerular estimado ≥ 45 ml/min/1,73 m². Se excluyeron aquellos sujetos con antecedentes de valvulopatía severa y cardiopatía isquémica y fracción de eyección ventricular izquierda $< 50\%$. Los pacientes se clasificaron en 2 grupos: tratamiento con iSGLT2 o grupo control. Al inicio del estudio y a los 6 meses se les realizó un ecocardiograma con estudio del strain longitudinal global (GLS) mediante speckle tracking.

Resultados: De los 52 sujetos (44% hombres, edad media 66,8 $\pm$ 8,6 años, HbA1c media 7,40 $\pm$ 0,7%), 30 recibieron tratamiento con iSGLT2. El cambio en la masa ventricular izquierda (LVM) indexada fue $-10,85 \pm 3,31$ g/m² ($p = 0,003$) en el grupo iSGLT2 y $+2,34 \pm 4,13$ g/m² ($p = 0,58$) en el grupo control. El valor de GLS se incrementó $1,29 \pm 0,47$ ($p = 0,011$) en el grupo iSGLT2 y $0,40 \pm 0,62$ ($p = 0,34$) en el grupo control. No encontramos correlaciones entre cambios en LVM y GLS y otras variables como el cambio en la HbA1c.

Conclusiones: Pacientes diabéticos tratados con iSGLT2 mostraron una reducción en la LVM indexada y una mejora de la

deformación miocárdica longitudinal, lo cual podría justificar los beneficios cardiovasculares de estos fármacos.

630/6. RESULTADOS DE LA RESINCRONIZACIÓN CARDIACA MEDIANTE ESTIMULACIÓN DE RAMA IZQUIERDA EN PACIENTES CON BLOQUEO DE RAMA DERECHA BASAL

Manuel Molina Lerma, Pablo Javier Sánchez Millán, Rosa Macías Ruiz, Juan Jiménez Jáimez, Luis Tercedor Sánchez y Miguel Álvarez López

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: No existen datos del efecto de la estimulación de rama izquierda (ERI) en pacientes con bloqueo de rama derecha (BRD) basal e indicación de terapia de resincronización cardiaca (TRC). El objetivo de este trabajo es evaluar su impacto en pacientes con BCRD.

Métodos: Se incluyeron 8 pacientes desde agosto de 2019 hasta marzo de 2021 de forma retrospectiva. Todos presentaban grado funcional avanzado, fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) menor del 50 y bloqueo de rama derecha basal. A todos se les implantó un dispositivo de estimulación cardiaca en rama izquierda. Se analizó la situación clínica, electrocardiograma y ecocardiografía basal y en el seguimiento.

Resultados: Se consiguió éxito de la técnica en los 8 pacientes. No hubo diferencias en las características basales. Se estrechó de forma significativa el complejo QRS (de 161,7 $\pm$ 18,1 ms basal a 124 $\pm$ 14,8 ms estimulado, $p = 0,04$). El tiempo de procedimiento medio fue de 89,2 $\pm$ 15,3 min y el de fluoroscopia de 16,3 $\pm$ 6,2 min. El umbral de estimulación de corrección del bloqueo fue de 0,6 $\pm$ 0,3 V a 0,4 ms tras el implante y a los 6 meses de 0,79 $\pm$ 0,3. Tras un seguimiento de 5,8 $\pm$ 2,2 meses, la FEVI aumentó de forma significativa desde 37,4 $\pm$ 3,2 basal hasta 46,2 $\pm$ 8 ($p = 0,025$). Se produjo una reducción no significativa de los volúmenes telesistólico y telediastólico, al igual que la presión sistólica pulmonar estimada. No hubo complicaciones tras el implante ni en el seguimiento ni ingresos hospitalarios.

Conclusiones: La TRC mediante ERI en pacientes con BCRD es factible y segura, aportando una mejoría clínica y un efecto positivo en el remodelado inverso ventricular

630/7. UTILIDAD DE LA REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES INFARTADOS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Antonio José Herruzo León¹,
Eduardo José Martínez de Moretín Laurenz¹,
Joaquín Braojos Ruíz², Andrea Gómez López¹,
Leidy Alexandra Serrao Faria¹ y Francisco José Morales Ponce¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

Introducción y objetivos: Se pretende establecer la utilidad de la rehabilitación cardiaca en una serie de pacientes ingresados previamente por infarto agudo de miocardio, comparando una serie de parámetros al inicio y al final del programa.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo sobre una base de datos de nuestro centro constituida por 86 pacientes que finalizaron el programa de rehabilitación cardiaca, de los cuales 68 la realizaron de forma presencial y 18 semipresencial. Se consideraron de riesgo bajo 69 de los pacientes, 16 de moderado y 1 de alto. Se compara la media de la capacidad funcional (MET), el perímetro abdominal, la hemoglobina glucosilada y el cLDL antes y después de la rehabilitación.

Resultados: La capacidad funcional media de los pacientes en la ergometría previa al inicio del programa fue de 9,32 MET, siendo al finalizarla de 10,45 MET. Respecto al perímetro abdominal, la media previa fue de 100,19 cm y posteriormente de 99,17 cm. La cifra media de hemoglobina glucosilada pasó del 7,91 al 6,9%, mientras que la de cLDL fue al principio de 102,27 mg/dl y después de 58,64 mg/dl.

Conclusiones: Mediante este estudio se demuestra el beneficio de la rehabilitación cardiaca en cuanto a calidad de vida y disminución del riesgo cardiovascular en pacientes que han presentado un evento isquémico agudo.

630/8. EFICACIA Y SEGURIDAD DE SELEXIPAG EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIA PULMONAR (HAP) EN VIDA REAL: RESULTADOS INICIALES ESTUDIO RAMPHA

Rafael Bravo Marqués¹, Francisco Espíldora Hernández²,
Victor Manuel Becerra Muñoz³ y Alejandro Recio Mayoral⁴

¹Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

²Unidad de Neumología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Selexipag (agonista receptores IP-prostaciclina, oral aprobado para HAP) traslada a pacientes con perfil de riesgo-intermedio a bajo-riesgo proporcionando un aumento de supervivencia. Analizamos los resultados en vida real andaluz.

Métodos: RAMPHA es un estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico de pacientes con HAP en tratamiento con selexipag entre 2017-2021. Estudiamos características basales, perfil de riesgo, variables para estratificar riesgo y eventos en seguimiento.

Resultados: Participaron 20 pacientes. Edad 50 ± 13 años. El 80% mujeres. De ellos, 6 (30%) HAP idiopática, 6 (30%) asociada enfermedad-tejido-conectivo, 6 (30%) asociada cardiopatía-congénita, 1 asociada VIH y otro hereditaria. Tiempo desde diagnóstico HAP-inicio selexipag 45 meses (RIQ 110). El 85% (17) estaba con doble terapia vasodilatadora pulmonar

(iPD5 + ARE); iPD5 mayoritario sildenafil y ARE macitentan. Ningún paciente con prostaciclina intravenosa; 2 treprostín (inhalaado y subcutáneo). Según la estratificación de ESC/ERS, los pacientes estaban en perfil de riesgo intermedio. Previo al tratamiento, a todos se realizó parámetros clínicos y ecocardiograma. Todos disponían test esfuerzo (mayoría test marcha 6 min). El 95% tenía NT-proBNP. Solo realizamos cateeterismo derecho a 12 pacientes. Un total de 7 (35%) mejoran clase funcional; 3 mejoran perfil de riesgo en el test marcha 6 min (demás mejoría cuantitativa). Observamos mejoría NT-proBNP (631 RIQ 1.179 frente a 443 RIQ 1.442; p = ns). No cambios en parámetros de función VD mediante ecocardiograma. Selexipag fue bien tolerado. El 90% presentó efectos secundarios (cefalea más frecuente), pero ninguno lo suspendió. En 42 meses de seguimiento, la supervivencia libre de eventos (hospitalización por empeoramiento HAP, necesidad prostaciclina sistémicas y muerte-HAP y cualquier causa) fue del 85%.

Conclusiones: Selexipag, añadido como triple terapia oral en HAP con riesgo intermedio, mejora parámetros de riesgo, fue bien tolerado y condujo a supervivencia libre de eventos mayores del 80% a medio-largo plazo.

630/9. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO Y FIBRILACIÓN AURICULAR EN LAS CONSULTAS DE ONCOLOGÍA MÉDICA: DATOS DEL REGISTRO CANAC-FA, UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO

Arancha Díaz Expósito¹, Alejandro Pérez Cabeza¹,
Alberto Piserra Fernández De Heredia²,
María Inmaculada Fernández Valenzuela³,
Magdalena Carrillo Bailén⁴,
Inara Alarcón De La Lastra Cubiles⁵,
Marinela Chaparro Muñoz³, Javier Torres Llergo⁴,
José Javier Sánchez Fernández⁵ y Martín Ruiz Ortiz²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: Desconocemos las características y tratamiento de los pacientes con cáncer de pulmón activo y fibrilación auricular (FA) en nuestro medio. Nuestro objetivo fue estimar la prevalencia, describir su perfil clínico y manejo antitrombótico.

Métodos: Se analizaron los datos del registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se seleccionaron pacientes de consultas de oncología entre el 1-1-2017 y el 31-12-2019, se identificaron aquellos con FA y cáncer activo (diagnosticado en el año previo) y se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: De los 6.984 pacientes, 255 presentaron cáncer de pulmón activo y FA (3,7%). La edad media fue 69 ± 15 años, el 91% varones. El 30% eran fumadores, el 62% exfumadores, el 78% hipertensos, el 50% dislipémicos y el 37% diabéticos. La puntuación CHA2DS2VASc y HAS-BLED fue de 3,0 ± 1,4 y 2,4 ± 1,2. Habían presentado episodios tromboembólicos y sangrados mayores previos el 6 y el 5,5%. El 36% presentaba cardiopatía, el 51% patología respiratoria, el 50% anemia, el 11% enfermedad cerebrovascular y un 6% úlcus péptico. El estadio del tumor fue I, II, III y IV en el 10, 12, 34 y 44%, respectivamente. Se indicó anticoagulación al 84% de los pacientes: an-

ticoagulantes directos al 45%, heparina de bajo peso molecular al 31 y antagonistas de la vitamina K al 24%. Al 5,5% se le prescribieron solamente antiagregantes, y al 5,5%, doble terapia.

Conclusiones: Uno de cada 27 pacientes de las consultas de oncología presentaron cáncer de pulmón activo y FA. La frecuencia de factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades y enfermedad tumoral avanzada fue elevada. Se indicó anticoagulación al 84%, mayoritariamente con anticoagulantes directos.

630/10. SANGRADO MAYOR EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO: UN SUBANÁLISIS DEL REGISTRO CANAC-FA, UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO

Arancha Díaz Expósito¹, Alejandro Pérez Cabeza¹, María Inmaculada Fernández Valenzuela², Magdalena Carrillo Bailén³, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles⁴, Alberto Piserra López-Fernández De Heredia⁵, Marinela Chaparro Muñoz², Javier Torres Llergo³, José Javier Sánchez Fernández⁴ y Martín Ruiz Ortiz⁵

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La anticoagulación es un reto en pacientes con cáncer de pulmón y fibrilación auricular (FA) debido al riesgo trombótico y hemorrágico. Nuestro objetivo fue describir la incidencia de sangrado mayor y las variables asociadas.

Métodos: Se utilizaron datos del registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con cáncer de pulmón activo, valorados en consultas de oncología entre el 1-1-2017 y el 31-12-2019, considerando la visita basal aquella con diagnóstico previo o concomitante de FA durante el primer año tras la detección del cáncer.

Resultados: Entre los 6.984 pacientes, 255 presentaban cáncer de pulmón activo y FA (3,7%), y a 214 se les prescribió anticoagulantes. Tras 46 meses, 133 pacientes murieron sin hemorragias y 11 presentaron un sangrado mayor. La incidencia acumulada al año y a los 2 años fue del $2,9 \pm 1,2$ y del $5,2 \pm 1,8\%$. Cinco de estos pacientes murieron en < 24 h, 3 pacientes más en < 30 días y 2 pacientes adicionales, en < 4 meses después del evento.

El accidente cerebrovascular (HR: 5,22; IC95%, 1,52-17,95; $p = 0,009$), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (HR: 5,08; IC95%, 1,31-19,68; $p = 0,02$), la insuficiencia cardiaca (HR: 4,29; IC95%, 1,25-14,81; $p = 0,02$), el uso previo de anticoagulantes directos (HR: 6,06; IC95%, 1,27-28,78; $p = 0,02$), la prescripción de ranolazina (HR: 13,01; IC95%, 1,42-119,22; $p = 0,02$) y la puntuación CHA2DS2VASc (HR: 1,83; IC95%, 1,16-2,87; $p = 0,009$), entre otros, se asociaron significativamente con el sangrado mayor.

Conclusiones: La incidencia de sangrado mayor es relativamente baja en estos pacientes, aunque tiene un pronóstico ominoso. Varias variables clínicas se asociaron con estas hemorragias, aunque estos resultados deben tomarse con cautela debido al bajo número de eventos.

630/11. ANTICOAGULANTES DIRECTOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO Y FIBRILACIÓN AURICULAR: VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS A SU USO. DATOS DEL REGISTRO CANAC-FA

Alberto Piserra López-Fernández De Heredia¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Arancha Díaz Expósito², Magdalena Carrillo Bailén³, María Inmaculada Fernández Valenzuela⁴, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles⁵, Alejandro Pérez Cabeza², Javier Torres Llergo³, Marinela Chaparro Muñoz⁴ y José Javier Sánchez Fernández⁵

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: Según las últimas recomendaciones, los anticoagulantes directos (ACOD) son la opción preferente en pacientes con cáncer activo y fibrilación auricular (FA). El objetivo fue investigar los factores asociados al empleo de ACOD en estos pacientes.

Métodos: Se analizaron datos del registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. De todos los pacientes atendidos entre 2017 y 2019 en consultas de oncología dedicadas al cáncer de pulmón, se identificaron aquellos con FA y cáncer activo (< 1 año desde el diagnóstico). De los pacientes anticoagulados, se compararon las características basales de los tratados con ACOD en la visita basal frente al resto.

Resultados: De 255 pacientes incluidos, se anticoagularon 214: ACOD, 97 (45%); heparina de bajo peso molecular, 65 (31%), y antagonistas de la vitamina K, 52 (24%). La indicación de ACOD se asoció a la mejor función renal, a la ausencia de anemia, a la no prescripción de amiodarona y a la prescripción previa de ACOD ($p < 0,05$). En los análisis multivariados, la mejor función renal (OR: 0,37 [0,18-0,80]), la ausencia de anemia (OR: 0,42 [0,22-0,80]) y la mejor fracción de eyección (OR: 1,04 [1,00-1,07]) se asociaron independientemente a la prescripción de ACOD ($p < 0,05$); al incluir las variables de tratamiento, solo el tratamiento previo con ACOD (OR: 51,5 [22,61-117,30]; $p < 0,0005$) resultó predictor independiente de su prescripción.

Conclusiones: Se indicó ACOD al 45% de pacientes con cáncer de pulmón activo y FA. La prescripción de ACOD se asoció de forma independiente a la mejor función renal, la ausencia de anemia, la mejor fracción de eyección y el tratamiento previo con ACOD.

630/12. EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO: DATOS DEL REGISTRO CANAC-FA

Alberto Piserra López-Fernández De Heredia¹, Martín Ruiz Ortiz¹, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles², Magdalena Carrillo Bailén³, María Inmaculada Fernández Valenzuela⁴, Arancha Díaz Expósito⁵, José Javier Sánchez Fernández², Marinela Chaparro Muñoz⁴, Alejandro Pérez Cabeza⁵ y Javier Torres Llergo³

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Los datos en “vida real” sobre el pronóstico cardiovascular de pacientes con fibrilación auricular (FA) y cáncer de pulmón activo son limitados. El objetivo fue describir la incidencia de eventos cardiovasculares mayores en esta población.

Métodos: Se utilizó el registro CANAC-FA, un estudio observacional, multicéntrico y retrospectivo. Se revisaron las historias de los pacientes atendidos en consultas de oncología con cáncer de pulmón entre 2017 y 2019. Se consideró visita basal la primera visita con diagnóstico de FA durante el primer año tras el diagnóstico del cáncer. Se analizó en el seguimiento el desarrollo de ictus/embolia sistémica, eventos trombóticos, hemorragia mayor y eventos cardiovasculares (ingreso por causa cardiovascular o muerte cardiovascular).

Resultados: De 6.984 pacientes, 255 presentaron cáncer activo y FA (3,7%). La edad media fue de 69 ± 15 años, predominantemente varones (91%) y con unos CHADSVASC Y HASBLED medios de $3,0 \pm 1,4$ y $2,4 \pm 1,2$, respectivamente. Se usaron anticoagulantes en el 84%. Después de 46 meses de seguimiento máximo, 5 presentaron ictus/embolia sistémica, 16 un evento trombótico, 14 sangrado mayor, 23 un evento cardiovascular y 183 fallecieron. Las incidencias acumuladas al año y 2 años de seguimiento fueron $2,1 \pm 0,9$ y $2,1 \pm 0,9$ % para accidente cerebrovascular/embolia sistémica; $4,5 \pm 1,3$ y $7,6 \pm 2,3$ % para eventos trombóticos; $2,8 \pm 1,1$ y $5,4 \pm 1,7$ % para sangrado severo, y $7,3 \pm 1,7$ y $9,8 \pm 2,2$ % para eventos cardiovasculares.

Conclusiones: La incidencia de eventos cardiovasculares a 2 años de seguimiento fue cercana al 10% en pacientes con cáncer activo y FA. Estos datos podrían sugerir una necesidad de estrategias preventivas más efectivas en esta población.

630/13. HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO Y FIBRILACIÓN AURICULAR: FACTORES ASOCIADOS A SU PRESCRIPCIÓN. UN SUBANÁLISIS DEL REGISTRO CANAC-FA

Magdalena Carrillo Bailén¹, Javier Torres Llergo¹, María Inmaculada Fernández Valenzuela², Alberto Piserra Fernández De Heredia³, Arancha Díaz Expósito⁴, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles⁵, José Javier Sánchez Fernández⁵, Marinela Chaparro Muñoz², Alejandro Pérez Cabeza⁴ y Martín Ruiz Ortiz³

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), se usan habitualmente en pacientes con cáncer activo y fibrilación auricular (FA), sin una evidencia sólida que avale esta práctica. Investigamos factores asociados al empleo de HBPM en estos pacientes.

Métodos: Analizamos datos del registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyeron pacientes atendidos en consultas de oncología entre enero de 2017 y diciembre de 2019 con cáncer de pulmón activo (<1 año del diagnóstico) y FA. En los pacientes anticoagulados, comparamos las características basales de los que se les prescribió HBPM frente al resto.

Resultados: Se incluyeron 255 pacientes. En la visita basal, se indicó anticoagulación a 214 pacientes: el 45% con anticoagulantes orales directos; el 31% con HBPM y el 24% con antivitamina K. La indicación de HBPM se asoció a peor función renal, anemia, menores valores en la escala CHA2DS2VASc, esta-

dios tumorales avanzados y prescripción previa de HBPM ($p < 0,05$). En los análisis multivariados, la insuficiencia renal (OR: 3,08 [1,56-6,10]); menor valor CHA2DS2VASc (OR: 0,73 [0,57-0,93]) y estadios tumorales avanzados (OR: 4,52 [1,01-20,31]), se asociaron de forma independiente a la prescripción de HBPM. Al incluir variables de tratamiento, sólo los estadios tumorales avanzados (OR: 15,38 [1,67-140,82]) y el tratamiento previo con HBPM (OR: 92,93 [20,93-412,53]) resultaron predictores independientes de su prescripción.

Conclusiones: En nuestro estudio, un 31% de los pacientes con cáncer de pulmón activo y FA fueron anticoagulados con HBPM. Esta prescripción, se asoció de forma independiente a insuficiencia renal, valores más bajos en la escala CHA2DS2VASc, estadios tumorales avanzados y tratamiento previo con HBPM.

630/14. CAUSAS DE MUERTE Y PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO: UN SUBANÁLISIS DEL REGISTRO CANAC-FA, UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO

Magdalena Carrillo Bailén¹, Javier Torres Llergo¹, Alberto Piserra Fernández De Heredia², Arancha Díaz Expósito³, María Inmaculada Fernández Valenzuela⁴, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles⁵, José Javier Sánchez Fernández⁵, Marinela Chaparro Muñoz⁴, Alejandro Pérez Cabeza³ y Martín Ruiz Ortiz²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción y objetivos: La información en “mundo real” del pronóstico cardiovascular en pacientes con fibrilación auricular (FA) y cáncer de pulmón activo es limitada. Nuestro objetivo fue describir causas y predictores de mortalidad en esta población.

Métodos: Utilizamos datos del registro CANAC-FA (CÁNCER Activo y Fibrilación Auricular), estudio observacional, multicéntrico y retrospectivo. Incluimos pacientes atendidos en consultas de cáncer de pulmón desde enero de 2017 hasta diciembre de 2019 con cáncer de pulmón activo (< 1 año del diagnóstico) y FA, seguidos hasta diciembre de 2021. Las causas de muerte se clasificaron en cardiovasculares o no. Los predictores de muerte se investigaron mediante regresión de Cox.

Resultados: Incluimos 255 pacientes (edad 69 ± 15 años, 91% varones). El 78% estaban en estadios tumorales III-IV. Durante 46 meses de seguimiento fallecieron 183 pacientes, 8 por causas cardiovasculares. Las probabilidades de supervivencia a 12 y 36 meses fueron del 44 y el 14%. Los predictores independientes de mortalidad fueron anemia (HR: 1,43 [1,03-1,98]), estadio tumoral III-IV (HR: 2,50 [1,36-4,59]), miocardiopatía (HR: 1,54 [1,00-2,37]), tratamiento quirúrgico del cáncer (previo, HR: 0,34 [0,18-0,65]; planeado, HR: 0,21 [0,05-0,90]), prescripción de antivitamina K (HR: 0,55 [0,35-0,88]) y antagonistas del calcio (HR: 1,52 [1,06-2,17]), tratamiento antiarrítmico previo (HR: 0,38 [0,21-0,70]), hipertensión (HR: 2,28 [1,37-3,79]) y frecuencia cardíaca basal (HR: 1,14 [1,04-1,24] por 10 lpm) (todos $p < 0,05$).

Conclusiones: La mortalidad fue muy alta en pacientes con cáncer activo y FA, de causa predominante no cardiovascular, y el factor asociado más potente fue el estadio tumoral avanzado. Estos resultados sugieren la necesidad de individualizar las estrategias de prevención cardiovascular en esta población.

630/15. EL ACCESO VENOSO PERIFÉRICO COMO ALTERNATIVA AL FEMORAL PARA REALIZACIÓN DE CATETERISMOS CARDIACOS DERECHOS

Javier González Vela¹, Francisco Alfonso Toré Meléndez¹, Eva María Rodríguez García¹, Clara María García Jarillo¹, María del Mar Sánchez Jiménez¹, Graciella Repullo Cortés¹, Marina Carrasco Campos¹ y Rafael Bravo Marqués²

¹Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.

Introducción y objetivos: El cateterismo cardiaco derecho (CCD) es una prueba invasiva imprescindible para el diagnóstico y clasificación de hipertensión pulmonar (HTP). El abordaje venoso anterocubital podría constituir una buena alternativa con respecto al venoso femoral por la posible reducción de complicaciones. Nuestro objetivo es evaluar los beneficios del acceso venoso anterocubital en comparación con el femoral y remarcar el papel de la enfermería en el abordaje de este.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes en los que se realizó CCD en hemodinámica de nuestro centro entre enero de 2019 y abril de 2021. Analizamos características clínicas, vías de acceso y parámetros de fluoroscopia, y complicaciones en el procedimiento.

Resultados: Se estudiaron 65 pacientes, con una edad media de 66 ± 10 años. La indicación del 89% CCD fue para diagnóstico/estratificación de riesgo de HTP. El abordaje venoso que se realizó fue un 71% de los casos por venas anterocubitales (el 49% vena basilica y el 22% vena cefálica) realizado en su mayoría por enfermería de hemodinámica, mientras que el femoral fue del 29% realizada por especialistas en cardiología. Observamos una mayor reducción de la dosis de radiación en los CCD por vía anterocubital que en aquellos por acceso femoral (4,5 Gy·cm² [RIQ: 4,5] frente a 12,18 Gy·cm² [RIQ: 8,18]; p < 0,001) y en los tiempos de fluoroscopia (2,7 min [RIQ: 2,6] frente a 4,7 min [RIQ: 5,2]; p = 0,001). No se observaron complicaciones por las diferentes vías de acceso.

Conclusiones: Los CCD realizados por acceso venoso periférico presentan reducción de tiempos de fluoroscopia y dosis de radiación. En los realizados por vía anterocubital, la enfermería tiene un papel importante por sus habilidades para la canalización de estas.

630/16. FACTORES ASOCIADOS A LA DECISIÓN DE NO ANTICOAGULAR EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO, FIBRILACIÓN AURICULAR Y RIESGO ALTO DE EVENTOS EMBÓLICOS SEGÚN LA ESCALA CHA2DS2VASC. UN ANÁLISIS DEL REGISTRO CANAC-FA

María Inmaculada Fernández Valenzuela¹, Marinela Chaparro Muñoz¹, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles², Alberto Piserra Fernández De Heredia³, Arancha Díaz Expósito⁴, Magdalena Carrillo Bailén⁵, Alejandro Pérez Cabeza⁴, Javier Torres Llergo⁵, José Javier Sánchez Fernández² y Martín Ruiz Ortiz³

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: El objetivo del trabajo fue investigar el manejo antitrombótico en pacientes con cáncer de pulmón

activo y fibrilación auricular (FA) y analizar los factores asociados a la decisión de no anticoagular.

Métodos: Se analizaron datos del registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se seleccionaron pacientes con cáncer de pulmón activo (< 1 año del diagnóstico) y FA entre enero 2017 y diciembre 2019. Se analizó la indicación de anticoagulación valorada por la escala CHA₂DS₂VASc (0, riesgo bajo, 1, intermedio, y ≥ 1, alto si varón, o 1, 2 y ≥ 2, si mujer) y los factores asociados a no anticoagular en pacientes de alto riesgo tromboembólico.

Resultados: Se incluyeron 255 pacientes. Se anticoaguló al 40, 74 y 88% de los pacientes con riesgo bajo, intermedio y alto, respectivamente. En los pacientes de riesgo alto, la decisión de no anticoagular se asoció con la arteriopatía periférica, el menor índice de Charlson, la FA no permanente, la antiagregación, la no prescripción de inhibidores de la bomba de protones y la ausencia de anticoagulación previa (p < 0,05). En el análisis multivariado, la arteriopatía periférica (OR: 6,50 [1,88-22,50]); la FA no permanente (OR: 4,56 [1,50-13,92]), el índice de Charlson (OR: 0,81 [0,65-0,99]) y la ausencia de anticoagulación previa (OR: 176,93 [34,18-915,93]) fueron predictores independientes de no recibir anticoagulantes (p < 0,05).

Conclusiones: En nuestro estudio, la decisión de no anticoagular a pacientes con cáncer de pulmón activo y FA se asoció de forma independiente a la arteriopatía periférica, a la FA no permanente, al menor índice de Charlson y a la ausencia de anticoagulación previa.

630/17. PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y CÁNCER HEMATOLÓGICO ACTIVO: DATOS DE PACIENTES EN «VIDA REAL» DEL REGISTRO CANAC-FA

María Inmaculada Fernández Valenzuela¹, Marinela Chaparro Muñoz¹, Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles², Alberto Piserra Fernández De Heredia³, Arancha Díaz Expósito⁴, Magdalena Carrillo Bailén⁵, Alejandro Pérez Cabeza⁴, Javier Torres Llergo⁵, José Javier Sánchez Fernández² y Martín Ruiz Ortiz³

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Centro de Salud Puerta de Tierra, Cádiz. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: El pronóstico cardiovascular en pacientes con cáncer hematológico activo y fibrilación auricular (FA) es poco conocido. Nuestro objetivo fue analizar el perfil clínico y la incidencia de eventos cardiovasculares en esta población.

Métodos: Se utilizó el registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se seleccionaron pacientes con FA y leucemia linfática crónica (LLC) o mieloma múltiple (MM), con necesidad de tratamiento específico, revisados en hematología entre enero de 2017 y diciembre de 2019, con seguimiento hasta diciembre de 2021. Se analizó el perfil clínico y la incidencia de sangrado mayor, eventos cardiovasculares (ingreso hospitalario o muerte por causa cardiovascular) y muerte por todas las causas.

Resultados: De 1.189 pacientes revisados, 81 presentaban cáncer hematológico activo y FA (56% varones, edad media de 75 ± 8 años). El 41% presentaban LLC y el 59% MM. El 64% eran hipertensos, el 36% dislipémicos, el 36% diabéticos y el 19%

fumadores. El índice Charlson, CHA2DS2VASc y HAS-BLED fue de $5,3 \pm 1,7$, $3,4 \pm 1,5$ y $2,4 \pm 1,1$, respectivamente. Se indicó anticoagulación al 85,2% de los pacientes: anticoagulantes directos (42%), heparina de bajo peso molecular (13,6%) y antagonistas de la vitamina K (29,6%). Tras un seguimiento de 59 meses, la incidencia acumulada de eventos a 1, 2 y 3 años fue del $1,2 \pm 1,2$, $1,2 \pm 1,2$ y $3,5 \pm 2,5\%$ para sangrados mayores; del $11,6 \pm 3,7\%$, $11,6 \pm 3,7$ y $17,2 \pm 5,3\%$ para eventos cardiovasculares, y del $27,6 \pm 5\%$, $41,5 \pm 6,3$ y $51,3 \pm 6,9\%$ para muerte por todas las causas.

Conclusiones: La incidencia acumulada de eventos cardiovasculares fue relativamente alta en pacientes de “la vida real” con cáncer hematológico activo y FA, lo cual sugiere la necesidad de estrategias preventivas más efectivas.

630/18. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO AMBULATORIO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA (MAIC): A PROPÓSITO DE UN CASO

Lourdes Fernández Ávila, Begoña Rincón Arteaga, Amelia Torres Gómez, Ana López Sánchez, Margarita Ruíz Sierra, Rafael García Toro, Ernesto Chacón Moguer y Paula Fernández Correro

Hospital de Alta Resolución de Utrera, Utrera, Sevilla.

Introducción y objetivos: Varón de 43 años diagnosticado de IC, con FEVI 30%, escala NYHA III y pro-BNP 185 pg/ml. Fumador y bebedor moderado. Realiza dieta normal y vida sedentaria. No presenta DM ni HTA. No RAM. El objetivo fue mejorar la calidad de vida mediante un programa de actuación multidisciplinar denominado Manejo Ambulatorio de la Insuficiencia Cardíaca (MAIC), en el que enfermería desempeña un trabajo educativo con el fin de fomentar el autocuidado, garantizar la continuidad asistencial y optimizar los recursos.

Métodos: Inclusión del paciente con IC en el programa MAIC desde la consulta de cardiología para el seguimiento y realización de un plan de cuidados individualizado, incluyendo un seguimiento programado y a demanda durante 1 año de manera presencial y no presencial.

Resultados: Paciente incluido en programa MAIC en enero de 2021 con NT-proBNP inicial de 185 pg/ml y escala NYHA III. Alta del programa al año con NT-proBNP de 87 pg/ml y escala NYHA II. Modificación de dieta, deshabituación tabáquica y alcohólica, asesoramiento sexual y psicológico, y adquisición de hábitos saludables.

Conclusiones: El abordaje multidisciplinar ha permitido mayor adherencia al tratamiento farmacológico, disminución de síntomas de la IC y conocimiento de uso de hábitos de vida saludables. Enfermería ha demostrado ser un recurso indispensable y efectivo para el desarrollo de habilidades de autocuidado de nuestro paciente. El alta a atención primaria se ha producido asegurando una fase de estabilidad para el paciente.

630/20. ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN ADULTOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA. DATOS DEL REGISTRO ANDALUZ (RACCA)

Amadeo José Wals Rodríguez¹, Carlos Palacios Castillo¹, Raquel Ladrón Abia¹, Rocío Parrilla Linares², Rocío García Orta², Eduardo Moreno Escobar³, Juan Robledo Carmona⁴, María José Rodríguez Puras¹ y Pastora Gallego¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital

Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: Las cardiopatías congénitas(CC) suponen el principal sustrato anatómico de endocarditis infecciosa(EI) en población joven, siendo la incidencia documentada de EI en esta población más elevada que en la población general. El objetivo fue analizar las características de los pacientes con CC y EI, y buscar factores asociados a mortalidad y recurrencia.

Métodos: En una cohorte de 71 pacientes multicéntrica (RACCA) seguidos 7 $\pm$ 5 años, se analizan retrospectivamente datos demográficos, variables clínicas, de imagen y microbiológicas. La supervivencia entre los grupos se comparó mediante *log rank*. Se consideró estadísticamente significativa una *p* < 0,05.

Resultados: De 4.328 pacientes del RACCA, 71 presentaron EI (1,64%). El 36,6% eran mujeres. La edad mediana fue 41 (IQ 30-53). El 60% tenía reparación de la cardiopatía, un 52% tenía material protésico y un 38% lesiones residuales. Nueve pacientes tenían cardiopatía cianósante. Los defectos más frecuentes fueron la valvulopatía izquierda (*n* = 21) y los defectos septales atrioventriculares (*n* = 17). La localización más frecuente era sobre válvula nativa aórtica (*n* = 28). La supervivencia libre de recurrencias a 20 años fue del 91,4%, y esta tuvo una relación significativa con la presencia de insuficiencia renal (IR) (*p* = 0,01). La mortalidad a 20 años fue del 8,6%, y esta tuvo una relación significativa con IR y sepsis (*p* < 0,05).

Conclusiones: En nuestra cohorte, la EI es más frecuente en pacientes de mediana edad, varones, sobre válvula aórtica nativa. IR y sepsis durante el episodio de endocarditis se relacionan con una mayor mortalidad en la EI asociada a CC.

630/21. ¿SON DISTINTAS LAS MUJERES CUANDO HACEN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA?

María José López Marco¹, María del Mar Martínez Quesada², Laura Prieto Valiente¹ y Rafael J. Hidalgo Urbano²

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La mortalidad y complicaciones de la CI es mayor en las mujeres. Esto se atribuye a presentación distinta, mayor comorbilidad, retraso en el diagnóstico y tratamiento. La derivación e inclusión de estas en los PRC también es menor que en los varones. Hicimos un análisis comparativo de las características basales y resultados de pacientes que realizan un programa de RC en función del género.

Métodos: Analizamos una cohorte de pacientes que realizaron el PRC en un hospital de tercer nivel en los años 2020-2022. Se valoraron las características demográficas y clínicas. Al finalizar el programa, se realizaba una valoración final clínica, analítica y con ergometría para evaluar los resultados del programa.

Resultados: Se incluyen 416 pacientes. Varones el 85%, edad 56 ± 9 años, diabéticos 27%, fumadores 58%, AP 12 y SCA reciente el 88,7% e IC 6,55. Edades, diabéticos, fumadores, CI precoz, AP y patología cardíaca, similares. Las mujeres mostraron peor puntuación en el cuestionario de calidad de vida SF36 ($49,2 \pm 19$ frente a $57,6 \pm 21$; *p* = 0,006) y peor capacidad funcional en la EI ($6,2 \pm 2,5$ MET frente a $7,6 \pm 3$ MET; *p* = 0,000). Los resultados fueron equiparables, en la capacidad funcional y calidad de vida. Tenían buen control de PA, LDL y de HbA1c, sin diferencias significativas entre sexos.

Conclusiones: Las mujeres que se incluyen en programas de RC tienen un perfil clínico similar a los varones. Aunque inicialmente tienen mayor afectación de su calidad de vida y ca-

pacidad de ejercicio, consiguen resultados tan satisfactorios como los hombres con esta intervención.

630/22. EVALUACION MEDIANTE STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL AUTOMÁTICO DE LARGOS SUPERVIVIENTES DE LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA EN EDAD PEDIÁTRICA

Rafael González Manzanares¹,
Juan Carlos Castillo Domínguez¹,
José Ramón Molina Hurtado², Martín Ruiz Ortiz¹,
María Dolores Mesa Rubio¹, Soledad Ojeda Pineda¹,
Manuel Anguita Sánchez¹ y Manuel Pan Álvarez-Ossorio¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Hematología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La utilidad del strain longitudinal global (SLG) para detectar cardiotoxicidad en largos supervivientes de leucemia en edad pediátrica (LSP) no está claramente establecida. Su aplicación en este contexto es limitada debido, en parte, al tiempo y experiencia requeridos para su realización. El uso de un software automático puede facilitar su incorporación. El objetivo fue determinar la prevalencia de disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (DSVI) en una cohorte de LSP utilizando FEVI y SLG automático. Comparar parámetros ecocardiográficos y biomarcadores con un grupo control.

Métodos: Se definió DSVI asintomática como FEVI < 50 y subclínica como GLS < 18,5% (valor absoluto). En las comparaciones entre grupos se ponderaron los modelos con el inverso de la probabilidad, calculada mediante puntaje de propensión. Se utilizaron modelos de regresión lineal para identificar factores asociados con SLG y FEVI.

Resultados: Se incluyeron 90 supervivientes y 58 controles. La mediana de seguimiento tras el diagnóstico fue de 18 (11-25) años. La prevalencia de DSVI fue mayor mediante SLG automático frente a FEVI (el 26,6 frente al 12,2%). Ambas estaban disminuidas respecto al grupo control ($p < 0,001$). No se encontraron diferencias en parámetros diastólicos ni NT-ProBNP, pero los supervivientes presentaron más frecuentemente niveles de TnI-ultrasensible > 2,5ng/l (el 40 frente al 17,2%; $p = 0,006$). La dosis de antraciclinas y radioterapia se asociaron a la FEVI, pero no al SLG. Los biomarcadores no se asociaron a ninguna de ellas.

Conclusiones: La prevalencia de DSVI en LSP fue mayor con SLG automático que con FEVI. Su incorporación a la práctica clínica puede mejorar la monitorización de cardiotoxicidad en largos supervivientes de leucemia pediátrica.

630/23. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ESTUDIO REFLEJA: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL ICTUS EN MUJERES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Magdalena Carrillo Bailén, Kaltoum El Mahraoui,
María Rosa Fernández Olmo, José María Segura Aumente, Miguel Puentes Chiachio,
Juan Carlos Fernández Guerrero y Javier Torres Llergo

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén

Introducción y objetivos: Evaluación de las diferencias en las estrategias de prevención de ictus en las mujeres de una cohorte prospectiva de fibrilación auricular (FA).

Métodos: El estudio REFLEJA incluyó a todos los pacientes ambulatorios con FA evaluados entre octubre de 2017 y octu-

bre de 2018 de un centro hospitalario terciario. Se analizó el uso y tipo de anticoagulación oral (ACO), y las estrategias de control del ritmo.

Resultados: De los 1.499 pacientes incluidos (edad $73,8 \pm 11,1$ años), el 48,1% fueron mujeres, presentando un CHA2DS2-Vasc superior a los hombres ($2,90 \pm 1,62$ frente a $4,11 \pm 1,34$; $p < 0,001$), y un uso similar de antiarrítmicos (el 9,8 frente al 12,2%; $p = 0,15$), aunque existió una menor indicación de cardioversión eléctrica (el 8,6 frente al 2,5%; $p < 0,001$) y ablación de venas pulmonares (el 3,3 frente al 1,5%; $p = 0,036$). El uso de ACO fue superior en las mujeres (el 91 frente al 95,3%; $p = 0,002$), aunque menor con anticoagulantes directos (ACOD) (el 67,1 frente al 60,1%; $p = 0,012$) y sin diferencias en el uso de dosis reducidas (el 13,2 frente al 20%; $p = 0,065$). El ictus previo, la cardioversión eléctrica previa, un CHA2DS2-VASc ≥ 2 y la FA de novo fueron predictores de un mayor uso de ACOD, mientras que la enfermedad renal crónica, el riesgo hemorrágico elevado (HAS-BLED ≥ 3) o una valvulopatía no reumática moderada-severa se asociaron a una menor prescripción.

Conclusiones: La población femenina del estudio REFLEJA presentó un perfil clínico más desfavorable que el de los hombres, con un menor control del ritmo, aunque no se asoció a un menor uso de ACO o ACOD, sino a un uso elevado de ambos.

630/25. RESULTADOS A MEDIO PLAZO TRAS UP-GRADE A ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA EN ZONA DE RAMA IZQUIERDA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR SECUNDARIA A ESTIMULACIÓN CARDIACA CONVENCIONAL

Jorge Perea Armijo, Guillermo Gutiérrez Ballesteros,
Francisco Mazuelos Bellido, Jesús Rodríguez Nieto,
Alberto Piserra López-Fernández De Heredia,
Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada,
Miguel Romero Moreno, Manuel Pan Álvarez-Ossorio
y José María Segura Saint-gerons

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La disfunción ventricular izquierda secundaria a estimulación cardiaca permanente (DVI-ECP) no es entidad infrecuente, con una prevalencia descrita en algunas series de hasta un 12%. Se define la DVI-ECP como una reducción de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) mayor al 10% y una FEVI inferior al 50% tras el implante de marcapasos convencional, en pacientes con FEVI previa normal y con al menos un 20% de estimulación en el seguimiento. El objetivo del estudio fue evaluar la respuesta, tanto clínica como ecocardiográfica tras up-grade a estimulación en zona de rama izquierda en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de una cohorte de pacientes con DVI-ECP en clase NYHA II-IV desde agosto de 2020 a diciembre de 2021. Se recogieron variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas basales y a medio plazo.

Resultados: Se analizaron un total de 10 pacientes con una media de edad $77,3 \pm 8,5$ años y todos ellos varones, con prevalencia de factores de riesgo cardiovascular significativa (80% HTA, 20% DM y 70% hipercolesterolemia), siendo la terapia de resincronización fallida en 2 casos (20%). La media del QRS previo al up-grade fue $176,9 \pm 28,2$ ms y de $120,1 \pm 12,2$ ms posterior a este ($p < 0,05$). La FEVI previa al up-grade fue del $29 \pm 1,8\%$ y con una mediana de seguimiento de 4,5 meses, la FEVI fue del $43,2 \pm 2,9\%$ ($p < 0,05$).

Conclusiones: El up-grade a estimulación fisiológica en zona de rama izquierda en pacientes con DVI-ECP se asocia a una reducción del QRS tras el implante y a una mejoría de la FEVI a medio plazo.

630/26. INFLUENCIA DEL USO DE ANTICOAGULANTES DIRECTOS EN LA MORTALIDAD AL AÑO DE ANCIANOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

Magdalena Carrillo Bailén, Kaltoum El Mahraoui, María Rosa Fernández Olmo, José María Segura Aumente³, Miguel Puentes Chiacchio, Juan Carlos Fernández Guerrero y Javier Torres Llergo

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: Comparación de la mortalidad total a medio plazo de pacientes ancianos (≥ 80 años) con FA en tratamiento con ACOD frente a no ACOD.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes con FANV evaluados entre octubre de 2017 y octubre 2018. Mediante análisis de Kaplan-Meier, se comprobaron las diferencias en supervivencia al año según el tipo de ACO y la edad, y se identificaron predictores de mortalidad mediante regresión multivariante de Cox.

Resultados: De los 1.223 pacientes incluidos, el 37,3% ($n = 456$) eran ≥ 80 años, el 47% mujeres, con un CHA2DS2-VASc medio de $3,45 \pm 1,6$ y HASBLED $1,21 \pm 0,76$. El 92,1% de los pacientes estaban anticoagulados, mayoritariamente con ACOD (66,4%). La mortalidad total al año fue del 6,4% (3,6% mortalidad no cardiovascular). Se apreció una tendencia estadísticamente no significativa a una menor mortalidad entre los pacientes ≥ 80 años en tratamiento con ACOD frente a los que no los tomaban, mientras que entre los < 80 años, su uso se asoció a una menor mortalidad al año. En la regresión de Cox, los predictores de una mayor mortalidad fueron un valor de CHA2DS2-VASc ≥ 2 , presencia de anemia y una edad ≥ 80 años con HR de 3,84 (1,15-12,83), 4,35 (2,78-6,80) y 2,49 (1,48-4,03), respectivamente. Por el contrario, el uso de ACOD fue el único factor protector frente a la mortalidad con un HR de 0,57 (0,36-0,89).

Conclusiones: Los pacientes ancianos con FANV y en tratamiento con ACOD mostraron una tendencia a una menor mortalidad al año. El uso de ACOD se asoció a una menor mortalidad total.

630/27. PREVALENCIA DE LA VALVULOPATÍA NO REUMÁTICA E INFLUENCIA EN EL ABORDAJE ANTICOAGULANTE DEL PACIENTE CON FIBRILACIÓN AURICULAR

José María Segura Aumente, Magdalena Carrillo Bailén, María Rosa Fernández Olmo, Kaltoum El Mahraoui, Miguel Puentes Chiacchio, Juan Carlos Fernández Guerrero y Javier Torres Llergo

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: Estimación de la prevalencia de enfermedad valvular en una cohorte de pacientes con FA, y análisis comparativo del manejo anticoagulante entre pacientes con o sin valvulopatía moderada-severa.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente los pacientes con FA evaluados en consultas de cardiología durante 1 año. Se consideró valvulopatía a toda aquella con un grado moderado-severo según criterios ecográficos. Mediante análisis multivariante se estimaron predictores de uso de ACOD.

Resultados: De los 1.359 pacientes con FA no valvular (FANV) incluidos, el 19,4% presentaban valvulopatía (insuficiencia mitral 14,1%, insuficiencia aórtica 3,6%, estenosis aórtica 1,9% e insuficiencia tricuspídea 6%) y el 1,9% portaban una prótesis biológica. Los pacientes con enfermedad valvular eran más frecuentemente mujeres y ancianas. El grupo de valvulopatía, presentaba un riesgo isquémico superior y un mayor uso de anticoagulación oral (el 97,3 frente al 91,3%; $p = 0,001$), sin em-

bargo, el uso de ACOD fue menor (el 54,9 frente al 70,6%; $p < 0,001$), sin diferencias en el uso de dosis reducidas (el 14,5 frente al 12,6%; $p = 0,52$). En el análisis multivariante, la presencia de hipertensión pulmonar, IRC o valvulopatía se asoció a un menor uso de ACOD (OR: 0,65; IC, 0,45-0,94; $p = 0,025$; OR: 0,48; IC, 0,36-0,63; $p < 0,001$; OR: 0,56; IC, 0,39-0,79; $p = 0,001$, respectivamente), mientras que un CHA2DS2-VASc ≥ 2 lo hizo a una mayor utilización (OR: 2,45; IC, 1,68-3,56; $p < 0,001$).

Conclusiones: Casi una quinta parte de los pacientes con FANV presentaron enfermedad valvular no reumática moderada-severa, siendo la insuficiencia mitral la presentación más frecuente. La presencia de valvulopatía fue un predictor independiente de un menor uso de ACOD.

630/28. EVALUACIÓN INICIAL DE UN PROGRAMA DE CONSULTA ELECTRÓNICA EN CARDIOLOGÍA PARA DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Javier Torres Llergo, María Rosa Fernández Olmo, Jesús Marchal Martínez, José María Segura Aumente, Magdalena Carrillo Bailén, Miguel Puentes Chiacchio y Juan Carlos Fernández Guerrero

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: Analizar el impacto en tiempos de espera y actividad asistencial generada tras la implantación de un modelo telemático de atención desde cardiología a atención primaria (AP) durante 1 año, frente al modelo convencional presencial.

Métodos: Mediante la aplicación de teleconsulta (TC), un sistema de interconsulta profesional compartido por AP y cardiología, se analizó el volumen de pacientes evaluados durante el año 2021 en las consultas de Cardiología de nuestro centro. Se compararon los tiempos de demora entre ambos modelos (presencial frente a telemático) y los resultados obtenidos de la asistencia virtual.

Resultados: Se evaluaron por consulta electrónica a 356 pacientes, procedentes de 21 centros de salud (CS) de nuestra área sanitaria. El rango de uso de TC osciló entre el 7 y el 81,7% de las derivaciones según el CS, siendo la media de todos un 16%. Los motivos de consulta más frecuentes fueron palpitaciones/arritmias (25,8%), ECG patológico (24,4%), sospecha de IC (17,1%) y dolor torácico (12%). El 69,3% de las derivaciones se resolvieron telemáticamente, un 8,4% requirieron algún tipo de seguimiento y solo el 18,8% necesitaron ser citados presencialmente. Con el modelo convencional presencial, se evaluaron un total de 2.225 pacientes procedentes de CS con disponibilidad de TC, con una demora media de 44 días, mientras que la demora media de TC fue de 3 días.

Conclusiones: Un programa de atención ambulatoria mediante consulta electrónica reduce de forma significativa la demora asistencial presencial de pacientes derivados desde AP a cardiología, lo que podría permitir priorizar la citación presencial a los casos de mayor gravedad.

630/29. EFECTO DEL TRATAMIENTO CON SACUBITRIL-VALSARTÁN SOBRE NUEVOS BIOMARCADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Ainhoa Robles Mezcuá¹, Arancha Díaz Expósito¹, María Robles Mezcuá², Concepción Cruzado Álvarez², Manuel Jiménez Navarro¹ y José Manuel García Pinilla¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción y objetivos: El tratamiento con sacubitril-valsartán (SAC/VAL) reduce las concentraciones de NT-proBNP y

parece tener un efecto beneficioso sobre el remodelado cardiaco (RC), aunque no se conozca su mecanismo. El ST2 es un nuevo biomarcador relacionado estrechamente con la fisiopatología de la IC, la fibrosis y el RC. Nuestro objetivo fue evaluar el efecto de SAC/VAL sobre el remodelado y la fibrosis del ventrículo izquierdo en pacientes con IC y FEVI reducida.

Métodos: Se realizaron mediciones de ST2 y NT-proBNP basales, a los 6 y a los 12 meses tras inicio de tratamiento con SAC/VAL. Además, se realizó estudio con ecocardiograma y resonancia magnética cardiaca.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes con edad media $65,63 \pm 11,78$ años y un 29,4% mujeres. La concentración basal de NT-proBNP y ST2s fue de 1.677 pg/ml [874-2.633,31] y $33,57 \text{ ng/ml}$ [25,62-46,50], respectivamente, observándose una reducción estadísticamente significativa (NT-proBNP $449,5 \text{ pg/ml}$ [218,52-959,53] y ST2 $28,69 \text{ ng/ml}$ [23,26-34,69]; $p < 0,01$ en ambos casos). Además, se evidenció una mejoría de la FEVI por ecocardiograma ($31,01 \pm 5,65$ y $45,03 \pm 9,45\%$, $p < 0,01$), y una reducción del diámetro telediastólico y telesistólico del ventrículo izquierdo ($60,86 \pm 4,99$ y $57,35 \pm 5,36 \text{ mm}$; $40,70 \pm 3,76 \text{ mm}$, y $37,23 \pm 4,37 \text{ mm}$; $p < 0,01$), datos que apoyan el remodelado reverso y que también fueron confirmados por resonancia magnética.

Conclusiones: El tratamiento con SAC/VAL se asocia con una reducción de NT-proBNP y ST2, apoyando su efecto beneficioso sobre el remodelado cardiaco, y permitiendo evaluar la evolución y el pronóstico de los pacientes con IC.

630/30. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, GENÉTICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA ASOCIADA CON LA VARIANTE PATOGENICA FUNDADORA NM_004572.3 (P.GLU259GLYFS*77) EN EL GEN PKP2

Ainhoa Robles Mezcua, Amalio Ruíz Salas, Carmen Medina Palomo, Arancha Díaz Expósito, Manuel Jiménez Navarro y José Manuel García Pinilla

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía arritmogénica (MCA) es una cardiopatía hereditaria definida por la sustitución progresiva de miocardio por tejido fibroadiposo, siendo el sustrato de arritmias, muerte súbita e IC. Nuestro objetivo es describir una variante patogénica no descrita en el gen PKP2 con efecto fundador en nuestra región.

Métodos: Se estudiaron 8 familias no relacionadas entre sí, con diagnóstico de MCA y portadores de la variante NM_004572.3:c.775_776insG;p.(Glu259Glyfs*77) en el gen PKP2. El análisis genético se realizó con *next-generation sequencing* en los casos índices y con Sanger para estudio dirigido en los familiares.

Resultados: Se incluyeron 47 sujetos, de los cuales 8 eran los casos índice (17%). De los familiares evaluados, 16 (34%) resultaron portadores de dicha variante genética y 3 de ellos (6,4%) además con diagnóstico de MCA. La mayoría eran mujeres (26 pacientes; 55,3%), con una edad media al diagnóstico de $48,9 \pm 18,6$ años, y una mediana de seguimiento de 39 (24-59) meses. Llama la atención la alta incidencia de eventos arrítmicos en la forma de presentación y en el seguimiento (25,1 y 20,9%, respectivamente), y la aparición de IC en el 25% de la muestra. La afectación ventricular más frecuente fue la derecha (4 pacientes, 16,7%) junto con la biventricular (4 pacientes, 16,7%).

Conclusiones: Se presenta una variante patogénica en el gen PKP2 no descrita previamente ni presente en grupos control, asociada a MCA e identificada en 8 familias de nuestra área geográfica donde podemos establecer un efecto fundador y describir las características clínicas y de riesgo.

630/31. INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA AL DIAGNÓSTICO DE MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA

Ainhoa Robles Mezcua¹, Arancha Díaz Expósito¹, Juan Carlos Pérez Córdoba², Alejandro Pérez Cabeza¹, Francisco López Valverde² y José Manuel García Pinilla¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Departamento de Lenguajes y Ciencias de la Computación, Universidad de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: Gracias a la inteligencia artificial (IA) se pueden desarrollar aplicaciones capaces de detectar patrones entre grandes cantidades de datos, realizando diagnósticos precisos o predecir el riesgo de desarrollar una patología. Nuestro objetivo fue elaborar un motor de IA con algoritmos de *machine learning*, para realizar el diagnóstico de miocardiopatía arritmogénica (MCA).

Métodos: A partir de ECG de pacientes con MCA y controles sanos, se extrajeron patrones electrocardiográficos, dividiendo dichos datos en 3 grupos: entrenamiento, con el 65% de los datos para construir modelos de *machine learning*; test usando el 25%, evaluando si el modelo cumplía requisitos mínimos en la efectividad del diagnóstico, y validación, utilizando el 10% restante e incluyendo datos con los que el modelo no había trabajado previamente, comprobando si el motor de IA era apropiado para el diagnóstico.

Resultados: La fase de test contó con 30 pacientes (25 MCA), obteniendo una sensibilidad y especificidad del 96 y el 60%, respectivamente, además de un área bajo la curva ROC de 0,944. Se observó que padecer MCA tenía una relación directa con la duración del QRS y e inversa con la amplitud de la onda T. En la fase de validación, con 12 pacientes (9 MCA), se obtuvo una sensibilidad del 90 y una especificidad del 100%.

Conclusiones: A pesar de trabajar con un conjunto de datos pequeño, se ha conseguido dotar de IA a una red neuronal sobre la base de patrones de ECG, ofreciendo diagnósticos eficientes de MCA, reflejando que este modelo es válido para poder ser usado en el mundo real.

630/32. ACCESO RADIAL DISTAL EN PROCEDIMIENTOS CORONARIOS DE REPETICIÓN

Alejandro Sánchez Espino, José Aparicio Gómez, Natalia Bolívar Herrera, Juan José Macancela Quiñones, Félix Valencia Serrano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La reutilización del acceso transradial en procedimientos coronarios de repetición es habitual en la práctica diaria. Recientemente, la punción transradial distal (dTRA) ha ganado popularidad como acceso alternativo más ergonómico y que podría ayudar a preservar la vía transradial convencional para futuros procedimientos. Analizamos los resultados del acceso dTRA en procedimientos coronarios transradiales de repetición.

Métodos: Análisis de una serie consecutiva de pacientes sometidos a procedimientos coronarios por acceso dTRA en un único centro. Se compararon la tasa de éxito, las variables del procedimiento y complicaciones de pacientes con reutilización (grupo redo, 31p) y primera vez (grupo *naïve*, 156p) del acceso dTRA.

Resultados: Del total de pacientes incluidos ($n = 187$), en el 87% de los casos fue posible concluir el procedimiento por acceso dTRA programado. En los casos de fallo (13%), la vía transradial convencional ipsilateral fue preferentemente el acceso definitivo (87%), sin precisar conversión a vía femoral

en ningún caso. Las características demográficas (± 64 años, 66% varones, 39% diabetes) y las variables del procedimiento (tiempo del procedimiento 56 ± 32 min, tiempo de fluoroscopia 9 ± 9 min, dosis de radiación $AK 1.490 \pm 1.384$ mGy, angioplastia 35%) fueron similares en ambos grupos (grupo redo frente a grupo naïve). Asimismo, no hubo diferencias en la tasa de fallo del acceso dTRA (el 16 frente al 13%; $p = 0,6$) y sus complicaciones graves (0%). Dos pacientes presentaron hematoma localizado en la zona de punción, que se resolvió con compresión habitual.

Conclusiones: En procedimientos coronarios de repetición, la estrategia de reutilización del acceso dTRA podría ser una alternativa factible, reproducible y segura, que podría ayudar a preservar la vía transradial convencional para futuros procedimientos.

630/33. RESULTADOS DEL REGISTRO DOLMEN: MODULACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD CARDIACA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Arancho Díaz Expósito¹, Ainhoa Robles Mezcuá¹, Laura Jordán Martínez², Alejandro Pérez Cabeza¹ y José Manuel García Pinilla¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca (IC) sigue siendo una enfermedad con alta morbimortalidad. La modulación de la contractilidad cardiaca (CCM) supone un avance para el manejo de pacientes no subsidiarios o no respondedores a resincronización.

Métodos: En el estudio Dolmen se incluyó a pacientes con IC sometidos a implante de CCM durante el año 2020 en 2 centros andaluces. Fueron reevaluados a las 13, 24 semanas y al año, con control de parámetros de calidad de vida, analíticos y ecocardiográficos.

Resultados: De los 6 pacientes, 4 fueron hombres, con una mediana de edad de 64 años. El 83% presentaba miocardiopatía isquémica, en clase funcional NYHA II-III, con una mediana de FEVI del 39% [38-42] y NT-proBNP de 1.094 pg/ml [770-2354]. Todos tuvieron al menos un ingreso por IC en el año previo, y 4 precisaron diurético intravenoso en otra ocasión. Se objetivó una mejoría de la FEVI a las 24 semanas y al año (48 y 44%; $p = 0,016$). Se observó una mejora del 6MWT hasta la semana 24 (357 y 375 m), acompañada de una mejora de calidad de vida y reducción de NT-proBNP en todas las visitas, aunque no se alcanzó significación estadística. Al año, solo 2 pacientes necesitaron diuréticos intravenosos por descompensación y ninguno precisó ingreso.

Conclusiones: A pesar de que la serie fue pequeña, la CCM condicionó una mejoría de FEVI, disminución de descompensaciones y hospitalizaciones por IC, junto a reducción de NT-proBNP, convirtiéndose en una alternativa para pacientes no subsidiarios a resincronización, que persisten sintomáticos a pesar de tratamiento médico óptimo.

630/35. ANÁLISIS DEL FENÓMENO DE NO-REFLOW EN ICP PRIMARIA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE HEPARINA PREHOSPITALARIA

Isabel Lourdes Merino González, Miguel Morales García y Ricardo Francisco Rivera López

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: El fenómeno de no-reflow (NR) se asocia a peor pronóstico. El objetivo del estudio es comprobar si la administración de heparina prehospitalaria en pacientes con IAMCEST reduce el fenómeno NR.

Métodos: Se incluyó a pacientes con IAMCEST a los que se les realizó ICP primaria durante los años 2017 y 2018 en nuestro centro ($n = 389$), dividiéndolos en dos grupos, a los que se administró heparina prehospitalaria ($n = 250$) y a los que no ($n = 139$). Los criterios de exclusión fueron fibrinólisis previa, tratamiento conservador, PCR extrahospitalaria y arterias coronarias sin lesiones obstructivas. Se estudió la incidencia de fenómeno NR, mortalidad y complicaciones.

Resultados: La edad media fue $61,38 \pm 12,6$ años y $64,4 \pm 12,0$ años ($p = 0,02$), sin encontrarse diferencias significativas en cuanto a sexo, FRCV ni tratamiento farmacológico previo. El flujo TIMI inicial fue similar en ambos grupos (TIMI>I del 48,9 frente al 52,0%; $p = ns$). La mortalidad fue del 5,9 frente al 4,4% ($p = 0,52$). La incidencia de NR fue del 12,9 frente al 6,4% ($p = 0,028$), OR: 2,1 (IC, 1,07-4,41). No hubo diferencias significativas en la incidencia de sangrado mayor. El análisis multivariante mostró que la ausencia de administración de heparina se asoció con un incremento de NR (OR: 2,48 [1,2-5,3]; $p = 0,014$) y con la edad (OR: 1,04 [1,009-1,07]; $p = 0,008$), saliendo la insuficiencia renal del modelo.

Conclusiones: La administración de heparina en pacientes con IAMCEST previo a la llegada a la sala de hemodinámica se asocia con menor incidencia de NR y con mejores resultados del procedimiento.

630/36. ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DEL BNP EN EL TAPONAMIENTO CARDIACO

Isabel Lourdes Merino González, Miguel Morales García, Ricardo Francisco Rivera López y Laura Jordán Martínez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: Hay pocos estudios que analicen el efecto del BNP en el taponamiento cardiaco. El objetivo del estudio es analizar los niveles de BNP en aquellos pacientes con diagnóstico de taponamiento cardiaco sometidos a pericardiocentesis y los parámetros asociados a niveles elevados de este.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen 58 pacientes con diagnóstico de taponamiento cardiaco en los que se realizó pericardiocentesis durante los años 2016-2020 en nuestro centro. Los criterios de exclusión fueron complicaciones mecánicas del infarto, postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular y de procedimientos intervencionistas. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos según su nivel de BNP al ingreso (mayor o menor de 300), estudiando la presencia de cardiopatía previa, forma de presentación clínica y etiología del derrame.

Resultados: El 79,3% tenía un BNP inferior a 300 y el 20,7% superior a 300. La presentación en forma de shock cardiogénico fue más frecuente en el segundo grupo (el 41,7 frente al 4,3%; $p = 0,002$), así como la presencia de cardiopatía previa (el 75 frente al 13%; $p = 0,001$). La etiología más frecuente fue la posquirúrgica tardía (el 33,3 frente al 6,5%), seguida del origen neoplásico (el 33,3 frente al 28,3%) y el idiopático (el 25 frente al 13%; $p = 0,074$). Los pacientes con niveles de BNP elevado tendieron a presentar mayor mortalidad (el 50 frente al 23,9%; $p = 0,07$).

Conclusiones: Los niveles de BNP en pacientes con taponamiento cardiaco son con frecuencia normales. Los niveles elevados se asociaron a una presentación más grave, presencia de cardiopatía estructural previa, mayor morbimortalidad y peor pronóstico.

630/37. REVISIÓN DE LA EXPRESIÓN FENOTÍPICA EN MIOCARDIOPATÍA ARRITMOGÉNICA

Magdalena Carillo-Bailén¹, Francisco José Bermúdez Jiménez², Ernesto Dorado-Martín³, Ana María González-González⁴, José Javier Sánchez-Fernández⁵, Susana Martínez-Huertas⁶, Carlos Gómez-Navarro⁷, Luis Madrona-Jiménez⁸, Miriam Auxiliadora Martín-Toro⁹ y José Ángel Urbano-Moral¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁶Unidad de Cardiología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ⁷Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

⁸Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía arritmogénica (MA) engloba el desarrollo de arritmias ventriculares junto con afectación miocárdica. Es un hecho conocido que mayoritariamente afecta a ambos ventrículos. En la última década, la definición de MA ha experimentado importantes cambios. El objetivo de este estudio fue proporcionar una clasificación detallada, más allá de la conocida afectación biventricular, de los fenotipos de MA.

Métodos: Estudio multicéntrico, transversal, descriptivo de las características eléctricas, morfofuncionales y estructurales cardíacas de pacientes con MA.

Resultados: Análisis de 298 casos de MA de 201 familias: 45 ± 16 años, 68% varones, 56% probandos. Se distinguieron 2 fenotipos de MA ventricular derecha (VD), 3 biventriculares y 2 ventriculares izquierdos (VI): 1) MA VD eléctrica (n = 6; 2%): solo manifestaciones eléctricas VD; 2) MA predominante VD (n = 53; 18%): alteraciones morfofuncionales y/o estructurales del VD (± manifestaciones eléctricas VD); 3) MA biventricular predominante VD (n = 14; 5%): alteraciones morfofuncionales y/o estructurales VD (± manifestaciones eléctricas VD) y manifestaciones eléctricas VI; 4) MA biventricular (n = 144; 48%): alteraciones morfofuncionales y/o estructurales del VD y del VI (± manifestaciones eléctricas VD o VI); 5) MA biventricular predominante VI (n = 30; 10%): alteraciones morfofuncionales y/o estructurales VI (± manifestaciones eléctricas del VI) y manifestaciones eléctricas VD; 6) MA predominante VI (n = 48; 16%): alteraciones morfofuncionales y/o estructurales del VI (± manifestaciones eléctricas VI), y 7) MA VI eléctrica (n = 3; 1%): solo manifestaciones eléctricas VI.

Conclusiones: Los fenotipos de MA VD y VI muestran diferentes grados de afectación cardíaca: eléctrica y/o morfofuncional/estructural. Dentro de las mayoritarias formas biventriculares, también existen diferentes fenotipos específicos.

630/38. PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA PARA EL MANEJO AMBULATORIO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN (HAR)

Lourdes Fernández Ávila, Begoña Rincón Arteaga, Amelia Torres Gómez, Ana López Sánchez, Margarita Ruíz Sierra, Rafael García Toro, Ernesto Chacón Moguer y Paula Fernández Corro

Hospital de Alta Resolución de Utrera, Utrera, Sevilla.

Introducción: La alta morbilidad y el incremento de la prevalencia de la IC en la población ha supuesto un amplio desarrollo de unidades de IC con un abordaje multidisciplinar.

El objetivo fue evaluar la eficacia del programa Manejo Ambulatorio Integral de la IC (MAIC), implantado en un HAR.

Métodos: En marzo de 2020 se inicia el programa MAIC y es en 2021 cuando se desarrolla plenamente. Inicialmente se realiza una visita conjunta entre cardiología y enfermería, donde se definen los objetivos terapéuticos que debe alcanzar cada paciente. El seguimiento se realizará como mínimo durante 1 año junto con enfermería alternando sesiones educativas presenciales y no presenciales, programadas y a demanda.

Resultados: Inclusión de 46 pacientes. El 62,30% fueron hombres, con una edad media de 73 años. El 47,82% tenían NYHA II y el 30,43% NYHA III; un 32,60% presentaba FEVI menor del 40%. Durante el seguimiento hubo 3 fallecimientos (muerte súbita, COVID y neumonía) y el 13,04% se derivaron para ingreso hospitalario en hospital de referencia (HUVR); en el año previo, los ingresos hospitalarios fueron del 28,26% consiguiéndose, por tanto, una reducción del 50%. Un 17,39% necesitaron ser derivados al hospital de día para estabilización del paciente, de los cuales un 4,34% tuvieron que ser derivados para ingreso en hospital de referencia.

Conclusiones: La implantación del programa MAIC entre cardiología y enfermería en un HAR ha supuesto una reducción significativa de los ingresos hospitalarios y del coste sanitario derivado de ello. La intervención enfermera ha permitido mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

630/39. EXPERIENCIA INICIAL DE LA PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD CARDIORRENAL

Pedro Agustín Pajaro Merino¹, Raúl López Aguilar¹, José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, José Andrés Del Valle Montero¹, Fernando Fernández Girón², Irene Díaz Díez², Sonia Cruz Muñoz² y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) es una comorbilidad frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), con limitación en el manejo terapéutico y asociada a peor pronóstico. Por ello están surgiendo unidades cardiorrenales (UCR), para ofrecer mejor atención a estos pacientes.

Métodos: Análisis descriptivo de la población inicial valorada presencialmente por nuestra UCR (cardiólogo y nefrólogo en visita conjunta), entre octubre de 2021-febrero de 2022.

Resultados: Se incluyó a 37 pacientes, edad media 70,2 años, el 73% hombres, el 86,5% HTA, el 62,2% diabéticos. ERC en el 100% de casos, 48,6% G3b, 37,8% G4 y 10,8% G5; 8,1% en hemodiálisis. FEVI media 35 ± 8,8%, siendo la etiología isquémica en el 72,2%, clase funcional II un 64,9%, dispositivos implantados previamente un 45,9%. Año previo, el 22,4% visitas a urgencias sin ingreso y el 27,8% habían ingresado. Basalmente media pro-BNP 5.691 ± 6.693 pg/ml, Cr 2,53 ± 0,85 mg/dl, FGe 29,76 ± 9,79 ml/min, el 10,8% de pacientes con K elevado (≥5,6 mEq/l). Respecto al tratamiento basal, tenían optimizado IECA/ARAI/ARNI el 60%, betabloqueantes el 87,9%, ARM el 21,6%, iSGLT2 el 21,6%. En el seguimiento (media de 87 ± 45 días) 2 fallecimientos (uno por IC, otro oncológico), sin casos de ERC terminal a 3 meses, 100% K normalizado, optimizados respecto a su tratamiento: IECA/ARAI/ARNI el 85,7%, betabloqueantes el 89,5%, iSGLT2 el 52,2%. No se ha desprescrito ningún fármaco pronóstico por otra especialidad. Dos pacientes han sido planteados para diálisis peritoneal como tratamiento de la IC refractaria.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial, el abordaje clínico integral de ERC e IC valorados en UCR consigue alcanzar

mayor tasa de tratamiento médico óptimo, ahorrando visitas innecesarias. Estos datos deben demostrar una reducción de morbimortalidad en un seguimiento a largo plazo.

630/40. USO DE FÁRMACOS PRONÓSTICOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON FEVI REDUCIDA EN ENFERMEDAD RENAL GRAVE

Pedro Agustín Pajaro Merino¹, Raúl López Aguilar¹, José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, José Andrés Del Valle Montero¹, Fernando Fernández Girón², Irene Díaz Díez², Sonia Cruz Muñoz² y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) grave confiere peor pronóstico a pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y FEVI reducida, siendo excluidos habitualmente de ensayos clínicos, con indicación de tratamientos limitada por ficha técnica o dudas en seguridad. Nuestro objetivo es valorar la seguridad de fármacos pronósticos de IC-FEVI reducida en pacientes con ERC grave.

Métodos: Análisis descriptivo de una serie consecutiva de pacientes valorados en unidad cardiorrenal con IC y ERC grave (FGe < 30 ml/min), entre octubre de 2021-febrero de 2022.

Resultados: Se incluyó a 18 pacientes, edad media 69,6 ± 10,1 años, 61,1% hombres, 100% HTA, 66,7% diabéticos, FA 55,6%, ERC estadio G4 83,3 y G5 (todos en hemodiálisis) 16,7%. FEVI media 36,4 ± 10,9%, etiología isquémica 70,6%, clase funcional II 61,1%, 50% con dispositivos implantados. Año previo, el 38,9% visitó urgencias sin ingreso y el 44,4% ingresó. Basalmente, media pro-BNP 6.248 ± 6.913 pg/ml, Cr 2,92 ± 0,87 mg/dl, FGe 22,06 ± 6,6 ml/min, K 4,8 ± 0,75 mEq/dl. Tratamiento basal: ARNI el 72,2%, betabloqueantes el 88,9%, ARM el 38,9%, iSGLT2 el 5,6%. En el seguimiento (medio 112 ± 33 días) 1 fallecimiento (causa oncológica), 13,3% visitas a urgencias, 13,3% ingresos, sin casos de ERC terminal a 3 meses, Cr 2,31 ± 0,69 mg/dl, FGe 26,6 ± 8,3 ml/min, K 4,6 ± 0,53 mEq/dl. Tratados con ARNI, el 77,8%, betabloqueantes el 88,9%, ARM el 44,4%, iSGLT2 el 22,2%. No se ha retirado ningún fármaco, sin episodios de hiperpotasemia.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el uso de ARNI, ARM e iSGLT2 en FGe < 30 ml/min es seguro, sin generar hiperpotasemia ni conllevar a situación terminal renal. Un abordaje conjunto con nefrología permite introducir tratamiento pronóstico en estos pacientes con seguridad. Estos datos deben demostrarse en cohortes mayores y demostrar reducción de morbimortalidad a largo plazo.

630/41. USO DE LOS NUEVOS QUELANTES DE POTASIO. EXPERIENCIA EN VIDA REAL

José Andrés Del Valle Montero¹, Pedro Agustín Pajaro Merino¹, José Ignacio Morgado García de Polavieja¹, Raúl López Aguilar¹, Fernando Fernández Girón², Irene Díaz Díez², Sonia Cruz Muñoz² y Antonio Enrique Gómez Menchero¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La hiperpotasemia es una alteración electrolítica frecuente, potencialmente mortal de forma aguda y limitando a medio-largo plazo el uso de inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA) en pacien-

tes con enfermedad renal crónica (ERC), que precisan por valor pronóstico aquellos con insuficiencia cardiaca (IC) con FEVI reducida, indicación IA. La dieta baja en potasio y los quelantes clásicos tienen baja adherencia y efectividad. Recientemente han aparecido nuevos quelantes (patiromer, ciclosilicato de sodio-zirconio) como arsenal terapéutico. El objetivo fue valorar su seguridad, eficacia y adherencia en pacientes en vida real.

Métodos: Análisis descriptivo del uso de nuevos quelantes de potasio en pacientes valorados en nuestra Unidad Cardiorrenal, entre octubre de 2021-febrero de 2022.

Resultados: De 37 pacientes valorados se prescribieron en 7. Edad media 68,17 ± 10,1 años, 71,4% hombres, 85,7% HTA, 42,9% diabéticos. ERC estadio G3b 42,9 y G4 57,1%. FEVI media 35,5 ± 3,8%, isquémicos 57,1%, clase funcional I 42,9% y II 57,1%, dispositivos implantados 42,9%. Basalmente, Cr media 2,46 ± 0,81 mg/dl, FGe 27,29 ± 5,52 ml/min, K 5,24 ± 0,43 mEq/dl. Tratamiento basal optimizado: ARNI 71,4%, betabloqueantes 77,8%, ARM 33,3%, iSGLT2 14,3%. En el seguimiento (medio de 117 ± 31 días) sin ERC terminal a 3 meses, K 5,03 ± 0,47, optimizados en tratamiento: ARNI 100%, iSGLT2 42,8%, resto igual. Dosis bajas de quelantes 57,1%. No se abandonó ningún fármaco por efectos secundarios, no hipopotasemias/hipomagnesemias ni visitas a urgencias.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial, el uso de nuevos quelantes de potasio ha resultado seguro, eficaz y ha permitido titular medicación pronóstica sin efectos adversos referidos. Estos datos deben demostrarse en un seguimiento a largo plazo.

630/42. DIFERENCIAS EN LA HISTORIA NATURAL DE LOS TRASTORNOS DEL RITMO ENTRE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y FENOCOPIAS

Carlos Federico Gómez Navarro¹, Isabel María Jorquera Lozano¹, Remedios Garofano López², Juan Jiménez Jáimez³, Elvira Carrión Ríos² y Ricardo Fajardo Molina¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la enfermedad genética cardiaca más frecuente. El 50-70% de MCH portan una variante patogénica en un gen sarcomérico. Las MCH presentan trastornos del ritmo con riesgo significativo de muerte súbita.

Las fenocopias de MCH presentan fenotipos indistinguibles, sin mutaciones sarcoméricas. Muchas son enfermedades de depósito, como la enfermedad de Fabry (EF), o el síndrome por variantes genéticas del gen que codifica la subunidad reguladora de la AMPK gamma 2 (SPRKAG2).

Métodos: Describir el historial de complicaciones arrítmicas en poblaciones con EF y SPRKAG2 como grupo fenocopias y compararlo con una población de MCH. Fueron incluidos pacientes con EF (n = 13) y SPRKAG2 (n = 7) de la consulta de Cardiopatías familiares de nuestro centro. Las MCH sarcoméricas (n = 20) son de la consulta de familiares de 2 centros.

Resultados: La edad del grupo fenocopias (47,1 ± 25 años) frente a MCH (43,6 ± 25 años), el 55% eran varones. Tenían un grosor VI máximo similar (15,4 ± 4 frente a 15,8 ± 6). La FEVI fenocopias (59,2 ± 15) frente a MCH (55,9 ± 22). Las fenocopias tuvieron FA 3 frente a 2 en MCH, síncope en 5 de cada grupo y disfunción sinusal en 7 (35%) fenocopias frente a 1 MCH (5%), precisando marcapasos en 3 fenocopias, frente ninguna MCH (p = 0,07). Se implantó 1 DAI en fenocopias frente a 3 en MCH (p = 0,58).

Conclusiones: En las fenocopias, disfunción sinusal y necesidad de marcapasos es frecuente. El implante de DAI es más frecuente en la MCH.

630/43. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS INFARTOS EN LA PANDEMIA DE COVID

Beatriz Girela Pérez, José Gregorio Soto Rojas
y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La pandemia de COVID ha supuesto un cambio en la organización asistencial de los infartos, observándose un retraso en el acceso sanitario con el consiguiente empeoramiento pronóstico y aumento de la mortalidad. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de los infartos en un periodo de la pandemia de COVID.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie consecutiva de 400 pacientes ingresados por infarto en la pandemia de COVID. Se analizaron las características del infarto, de la arteria responsable, de la revascularización y su relación con la mortalidad precoz (ingreso y primeros 30 días).

Resultados: En 18 meses se produjeron 400 infartos (92% tipo 1), con un 53,5% IAMSEST y un 46,5% IAMCEST. Predominó la afectación de un único vaso (47%), fundamentalmente la DA (44,4%), consiguiéndose revascularización completa percutánea en el 59,8%, con revascularización quirúrgica en solo el 1,8%. En los IAMCEST fue más frecuente la afectación de DA o CD (36,5%), mientras que en los IAMSEST predominó el desconocimiento de la arteria afectada (el 13,3 frente al 0,5%; $p < 0,05$) seguida de la DA (11,6%). La mortalidad cardiaca precoz fue del 6%, siendo significativamente mayor en los IAMSEST ($p = 0,009$).

Conclusiones: En nuestro estudio, la incidencia de IAMSEST e IAMCEST fue similar, predominando la afectación de un único vaso y consiguiéndose la revascularización percutánea completa en la mayoría, con resultados similares a los descritos en la literatura pre-COVID. Fuimos más conservadores en los IAMSEST, con menor realización de cateterismo cardiaco, encontrando mayor mortalidad cardiaca precoz en este grupo probablemente debido a una menor revascularización.

630/44. ARRITMIAS MALIGNAS Y BAV AVANZADO COMO FORMA DE PRESENTACION DEL SCA

Beatriz Girela Pérez, José Gregorio Soto Rojas
y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Las arritmias ventriculares y las alteraciones de la conducción son frecuentes en las primeras horas tras el SCA, siendo factores pronósticos importantes. El objetivo de nuestro estudio es analizar la implicación de la arteria responsable del infarto en el desarrollo de arritmia ventricular y/o BAV avanzado

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por infarto en un hospital terciario. Se analizó la relación existente entre la presentación de arritmias ventriculares o BAV avanzado con la arteria responsable del infarto y la mortalidad.

Resultados: En 18 meses se produjeron 400 infartos, presentándose el 5% como arritmia ventricular. En este grupo, el 50% tenía afectación de DA, el 20% de CX y el 15% de CD, sin

asociación significativa entre las arritmias malignas y la arteria responsable ($p = 0,97$), pero sí con la mortalidad ($p = 0,007$). El 3,8% se presentaron como BAV avanzado: el 66,7% con afectación de CD y el 13,3% de CX. Al dividir la muestra según la arteria afectada, encontramos asociación significativa entre la afectación de CD y la presencia de BAV avanzado ($p < 0,05$), sin asociación con la mortalidad ($p = 0,916$).

Conclusiones: Las arritmias ventriculares y el BAV avanzado constituyen dos entidades de mal pronóstico cuando un SCA se manifiesta de dicha forma. En nuestra serie, la arteria responsable del infarto se asocia de forma significativa con la presencia de BAV avanzado, pero no con las arritmias malignas, aunque estas últimas se asocian a mayor mortalidad. Es importante identificar precozmente ambos escenarios, ya que de su detección y tratamiento precoz depende el pronóstico a corto plazo.

630/45. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA PANDEMIA DE COVID

Beatriz Girela Pérez, Miriam Parra Rubio
y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Son bien conocidos los FRCV asociados al riesgo de infarto. En la pandemia de COVID se ha producido una situación excepcional, con un acceso más tardío de los infartos a la asistencia sanitaria. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características basales de los pacientes que ingresaban en nuestro hospital por infarto durante la pandemia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por infarto durante la pandemia de COVID en un hospital terciario. Se analizaron características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo cardiovascular asociados.

Resultados: En 18 meses tuvimos 400 ingresos por infarto, con edad media de 66 años (74,6% hombres, 25,4% mujeres). El FRCV más prevalente fue la HTA (63,1%), seguida de la dislipemia (54,5%), con cifras medias de colesterol total de 173 mg/dl, HDL 41 mg/dl, LDL 104 mg/dl y TG 154 mg/dl. El 35% eran fumadores, el 23% obesos y el 35% diabéticos, y solo el 9% tenía antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz. La mayoría de los pacientes tenía un ecocardiograma basal normal y de los que presentaban cardiopatía estructural, el 27,4% tenía HVI significativa.

Conclusiones: Nuestro estudio manifiesta la gran prevalencia de FRCV que tienen los pacientes con infarto, y esto se ha mantenido en consonancia en la pandemia de COVID. A pesar de la mejora de las condiciones de vida, una mayor concienciación de la población y de los profesionales y del incremento de medidas para disminuir dichos FRCV, aún son muy prevalentes en la población general, siendo de vital importancia las medidas de prevención primaria en la cardiopatía isquémica.

630/46. ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y LA MORTALIDAD PRECOZ EN UNA SERIE DE INFARTOS CONSECUTIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Beatriz Girela Pérez, Miriam Parra Rubio
y Fabiola Nicolás Cañadas

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: A pesar de que la mortalidad durante el evento agudo y en los primeros 30 días tras un SCA ha

descendido en los últimos años, debido a la mejora de la revascularización percutánea, esta sigue siendo importante. El objetivo de nuestro estudio es analizar las variables del SCA que se asocian con una mayor mortalidad en nuestro medio.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie de 400 pacientes ingresados por SCA en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y en relación al cateterismo cardiaco y su relación con la mortalidad precoz (durante el ingreso y en los primeros 30 días).

Resultados: La mortalidad total de nuestra muestra fue del 6%. De entre los fallecidos, el 14,8% tenía afectación de 3 vasos y el 33% presentaban afectación de la DA, con una asociación significativa entre la afectación multivaso ($p < 0,001$) y la arteria implicada ($p = 0,006$) con la mortalidad precoz. Analizamos la correlación existente entre los niveles de troponina máxima recogida durante el ingreso y la FEVI, y observamos una asociación significativa ($p < 0,05$) con relación inversa ($r = -0,3$).

Conclusiones: La mortalidad asociada al SCA sigue siendo alta, especialmente en el primer mes tras el evento. En nuestro estudio, la mortalidad está relacionada de forma significativa con la arteria responsable del infarto y con el número de vasos afectados, siendo más frecuente cuando hay afectación multivaso y cuando está implicada la DA. Además, una mayor troponina pico se asocia con una menor FEVI y esto con un peor pronóstico.

630/47. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL HOLTER SUBCUTÁNEO EN NUESTRO MEDIO

Manuel Luque Pérez, José Andrés Del Valle Montero, Félix Rosa Longobardo, María Teresa Moraleda Salas y Pablo Moriña Vázquez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: Según las guías, el Holter subcutáneo estaría indicado en pacientes con síncope recurrente de origen incierto y diagnóstico de taquicardia recurrente no documentada. El objetivo es analizar su rentabilidad diagnóstica según indicación, eventos y actitud terapéutica.

Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo sobre implante de Holter subcutáneo en nuestro hospital.

Resultados: Incluimos 120 pacientes, 90% implantados por síncope, 7,5% por palpitaciones/taquicardia no documentada, 1,7% por extrasistolia ventricular y 0,8% en miocardiopatía hipertrófica obstructiva. En indicación por síncope inexplicado ($n = 108$), el 76,9% ($n = 83$) presentaba ECG en ritmo sinusal (RS) y el 6,5% ($n = 7$) fibrilación auricular (FA). El 15,7% ($n = 17$) presentaba algún tipo de trastorno de conducción (realizando medición del HV en el 29,4%, resultando normal). En el seguimiento ($26,9 \pm 6,8$ meses), el 55,6% ($n = 60$) no presentó eventos clínicos ni registros en Holter, el 17,6% ($n = 19$) síncope clínico sin eventos arrítmicos en Holter, el 3,7% ($n = 4$) síncope con asistolia por pausa sinusal, el 4,6% ($n = 5$) síncope por bloqueo auriculoventricular (BAV) paroxístico. Se detectó FA asintomática en el 6,5% ($n = 7$) y pausa sinusal con asistolia en el 4,6% ($n = 5$). Ocho pacientes (8,5%) precisaron estimulación cardíaca definitiva. En indicación palpitaciones/taquicardia no documentada ($n = 9$), se detectó FA asintomática en 1 paciente, 2 TPSV y una FA sintomática sometida a ablación de venas pulmonares. Independientemente de la indicación, se inició anticoagulación en el 6,7% de los pacientes por detectarse algún episodio de FA durante el seguimiento.

Conclusiones: El implante de Holter subcutáneo es una herramienta diagnóstica rentable en el estudio del síncope, detec-

tando en nuestro medio 1 paciente candidato a estimulación permanente por cada 12 dispositivos implantados. Cabe destacar la baja recurrencia de síncope tras implante del dispositivo (el 55% sin eventos clínicos ni en Holter).

630/48. ESTUDIO DEL VALOR DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FENOCOPIAS DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y DISTINTAS MUTACIONES SARCOMÉRICAS

Carlos Federico Gómez Navarro¹, Isabel María Jorquera Lozano¹, Remedios Garofano López², Juan Jiménez Jáimez³, Elvira Carrión Ríos¹ y Ricardo Fajardo Molina¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) sarcomérica es la afectación genética cardíaca más frecuente. Las fenocopias de MCH presentan fenotipos indistinguibles, sin mutaciones sarcoméricas. Muchas son enfermedades de depósito, como la enfermedad de Fabry (EF), o síndrome por variantes del gen que codifica a subunidad reguladora de AMPK gamma 2 (SPRKAG2). El diagnóstico preciso y precoz de fenocopias tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas. El electrocardiograma (ECG) es la primera herramienta diagnóstica y puede ofrecer pistas sobre el origen de una hipertrofia ventricular izquierda (HVI) inexplicada. El objetivo es describir hallazgos ECG diferenciales en poblaciones con EF y SPRKAG2 como grupo fenocopias y compararlo con una población de MCH.

Métodos: Fueron incluidos pacientes con EF ($n = 13$) y SPRKAG2 ($n = 7$) de la consulta de Cardiopatías familiares en nuestro centro. Las MCH sarcoméricas ($n = 20$) se recogen en la consulta de familiares de 2 centros.

Resultados: La edad del grupo fenocopias ($47,1 \pm 25$) frente MCH ($43,6 \pm 25$), el 55% varones. El grosor VI máximo similar ($15,4 \pm 4$ frente a $15,8 \pm 6$). La FEVI fenocopias ($59,2 \pm 15$) frente a MCH ($55,9 \pm 22$). El intervalo PR en sarcoméricas $170,2$ frente a fenocopia $139,6$ msg ($p = 0,041$). El intervalo QRS sarcomérica $98,4$ frente a fenocopia $120,2$ msg ($p = 0,004$). Fenocopias con BRDHH en 7 frente a 0. Con imagen preexcitación en 7 fenocopias frente a 1.

Conclusiones: En las fenocopias encontramos un intervalo PR más corto, frecuentemente con imagen de preexcitación y un QRS más ancho con imagen BRDHH a diferencia de MCH.

630/49. ANÁLISIS DEL DESPERTAR Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN COMA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA. MORTALIDAD Y PRONÓSTICO NEUROLÓGICO DEL DESPERTAR TARDÍO

María Rivadeneira Ruiz, Blanca Olivares Martínez, Néstor García González, Diego Félix Arroyo Moñino, Fernando Altarejos Salido y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La parada cardiorrespiratoria (PCR) tiene una elevada incidencia y morbilidad con datos de seguimiento escasos. Analizamos las características de los pacientes que despiertan y la relación del tiempo del desper-

tar con la mortalidad en el seguimiento y el pronóstico neurológico.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes ingresados en una unidad coronaria entre 2006 y 2021 que permanecieron en coma tras parada cardiorrespiratoria, y seguimiento hasta abril de 2021. Análisis multivariante de predictores del despertar y análisis de supervivencia según el tiempo del despertar.

Resultados: Analizamos 275 pacientes (188 con Glasgow ≤ 10). El 30% mujeres y edad media de $66,4 \pm 12,9$ años. No encontramos predictores del despertar ni del despertar tardío (más allá del día 5) entre las variables (crisis, edad, sexo, ritmo inicial, Glasgow al inicio y uso de hipotermia) existiendo una tendencia a la significación en el daño anóxico difuso en el electroencefalograma. Observamos diferencias significativas en cuanto al pronóstico neurológico y la mortalidad según el tiempo del despertar. Entre los despertares tardíos, presentaron un buen pronóstico neurológico el 50% de estos. Tanto la mortalidad global en el seguimiento como el mal pronóstico neurológico al año fueron bajos (13 y 20%).

Conclusiones: Los pacientes en coma tras PCR suponen un reto en cuanto a la decisión de limitación del esfuerzo terapéutico y los datos del electroencefalograma pueden orientarnos. Los pacientes con despertar tardío tienen peor pronóstico, sin embargo, en nuestra cohorte hubo un 67% de los mismos que sobrevivieron, y de ellos un 50% sin secuelas neurológicas al año de seguimiento.

630/50. PERFIL DE PACIENTES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA Y FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EL INGRESO

María Rivadeneira Ruiz¹, Marta Lucas García¹, Néstor García González¹, María Pilar Ruiz García² y Juan Carlos García Rubira¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: La ventilación mecánica (VM) es la técnica de soporte vital a corto plazo más utilizada en las unidades de cuidados críticos. El objetivo de nuestro estudio es definir las características de los pacientes intubados y los factores pronósticos de mortalidad intrahospitalaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en una unidad de cuidados coronarios entre enero de 2018 y abril de 2021 que requirieron de VM.

Resultados: Analizamos 140 pacientes. El 73,6% varones, con una edad media de 67 ± 12 años. El 16% de pacientes tenían algún grado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, e 32% cardiopatía isquémica previa y el 27% diagnosticados de insuficiencia cardiaca. Entre los motivos de ingreso, el síndrome coronario agudo tipo 1 (35%), la insuficiencia cardiaca (30%) y la parada cardiorrespiratoria (33%) fueron los principales. En el análisis multivariante encontramos que la patología pulmonar ($p = 0,04$) y el soporte inspiratorio mayor se asociaban con mayor mortalidad ($p = 0,05$). La mortalidad también se relacionaba con el tipo de insuficiencia cardiaca, mayor en los pacientes que presentaban disfunción sistólica derecha ($p = 0,001$). Se sometieron a hipotermia terapéutica 19 pacientes, siendo este dato otro predictor de mortalidad (0,04). La mortalidad intrahospitalaria fue cercana al 40%.

Conclusiones: El uso de VM es ya un predictor de mortalidad intrahospitalaria. Los parámetros que se relacionan en nuestra cohorte con peor pronóstico son la patología pulmonar previa y la necesidad de parámetros de soporte ventilatorio

más agresivos, la insuficiencia cardiaca de predominio derecho y el uso de hipotermia terapéutica.

630/51. RIESGO RESIDUAL EN LOS PACIENTES CON LIPOPROTEÍNA A ELEVADA TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Magdalena Carrillo Bailén¹, María Rosa Fernández Olmo¹, Miguel Puentes Chiachio¹, Ana García Ruano², Juan Carlos Fernández Guerrero¹ y Javier Torres Llargo¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

²Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: Tenemos evidencia para afirmar que la lipoproteína a (Lp(a)) elevada es un factor de riesgo cardiovascular. Tras síndrome coronario agudo (SCA), aproximadamente el 30% de los pacientes tiene una determinación de Lp(a) > 50 mg/dl y además existe un riesgo residual asociado independiente del valor del cLDL, como son los índices de aterogenicidad, que estiman el riesgo cardiovascular global. El objetivo es evaluar los índices aterogénicos en los pacientes que habían sufrido un SCA y que presentaron Lp(a) elevada.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva a todos los pacientes de rehabilitación cardiaca tras SCA (1 de febrero de 2021 a 1 de febrero de 2022). De los 148 pacientes valorados, 50 tuvieron Lp(a) > 50 mg/dl.

Resultados: Los pacientes con Lp(a) elevada tuvieron una edad media de 58 ± 11 años, el 88% hombres. El 49% eran hipertensos, el 32% diabéticos y el 70% dislipémicos. El 10% de los casos habían tenido un evento coronario previo y el 59,1% antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. Los niveles de cLDL medios fueron de 99 ± 41 mg/dl, de Lp(a) 104 ± 42 mg/dl, no-cHDL 127 ± 42 mg/dl, ApoB 91 ± 30 mg/dl. El 78% de los pacientes presentaron Tg/HDL > 2 , el 76,7% LDL/ApoB $< 1,3$ y el 78% CT/HDL > 3 . Los índices aterogénicos no variaron con la edad, el tratamiento hipolipemiente ni los niveles de Lp(a). Sin embargo, de los pacientes con LDL/ApoB $< 1,3$ el 64% presentaron LDL < 100 mg/dl ($p = 0,015$).

Conclusiones: Los pacientes con SCA, que presentan una Lp(a) elevada, presentan un riesgo cardiovascular medido con los índices aterogénicos elevados, incluso con LDL bajos.

630/52. SEGURIDAD Y EFICACIA DE SACUBITRIL-VALSARTÁN DURANTE LA FASE AGUDA DEL INFARTO

Miguel Ángel Montilla Garrido, Carmen Lluch Requerey, José Ignacio García Morgado De Polavieja y Antonio Enrique Gómez Menchero

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: Sacubitrilo/valsartán (SV) ha revolucionado el tratamiento de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (FEVr). Estamos a la espera de los resultados del estudio PARADISE, que evalúa la eficacia y seguridad de SV frente a ramipril en disfunción y/o congestión tras un infarto agudo de miocardio (IAM). Realizamos un estudio descriptivo con variables de eficacia y seguridad de pacientes con FEVr postinfarto que reciben SV tras IAM.

Métodos: Se seleccionaron un total de 15 pacientes que se hospitalizaron por IAM y desarrollaron FEVr. Se describen parámetros ecográficos (FEVI y diámetro telediastólico de ventrículo izquierdo-DTDVI) basal y a los 3 meses, además de parámetros analíticos (función renal y NT-proBNP) y valores de presión arterial sistólica (PAS), también basal y a los 3 meses.

Resultados: La FEVI mediana basal fue del 33% , y a los 3 meses la mediana fue del 43%. El DTDVI basal tuvo una mediana de 57 mm y a los 3 meses de 53 mm.

La función renal no se modificó a los 90 días frente a las cifras durante la hospitalización (mediana de filtrado glomerular de 73 ml/min/1,73m²). La cifra mediana de NT-proBNP basal era 4.266 pg/ml y a los 90 días de 2.304 pg/ml. La PAS tampoco se modificó en estos pacientes tras la hospitalización, manteniendo una mediana de PAS de 120 mmHg.

Conclusiones: SV utilizado en la fase aguda del infarto, en pacientes con FEVI reducida postinfarto, ha mostrado ser seguro y eficaz en nuestra cohorte. Quedamos pendientes del resultado de ensayos clínicos aleatorizados para comprobar esta teoría.

630/53. ALGORITMO DE AUTOCAPTURA EN LA ESTIMULACIÓN EN ZONA DE RAMA IZQUIERDA: RESULTADOS PRELIMINARES

Elena Sola García, Manuel José Molina Lerma, Luis Tercedor Sánchez y Miguel Álvarez López

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: El algoritmo de autocaptura permite la monitorización remota de los pacientes con estimulación convencional, pero no existen datos específicos sobre su comportamiento en la estimulación en zona de rama izquierda (ERI). El objetivo fue analizar el comportamiento del algoritmo de autocaptura en la fase aguda (postoperatorio inmediato), subaguda (1-7 días tras el implante) y crónica (1-3 meses después) en ERI, y sus diferencias con la estimulación convencional y con el umbral manual.

Métodos: Estudio unicéntrico, comparativo, prospectivo y no aleatorizado. Se incluyeron pacientes consecutivos con indicación de estimulación cardíaca. La ERI se llevó a cabo según la técnica descrita en la bibliografía. Se activó la autocaptura en ambos grupos siempre que lo permitió el dispositivo. La medición manual de los umbrales se realizó con el electrograma intracavitario y el electrocardiograma de superficie.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, 23 con ERI y 7 con estimulación convencional. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características basales de los pacientes. La activación de la autocaptura fue más factible en las fases tardías y en estimulación bipolar, sin diferencias entre grupos. En el grupo de ERI, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el umbral manual y el automático excepto en la fase subaguda (monopolar), y ambos se mantuvieron estables durante el seguimiento (máximo incremento de 0,8 V).

Conclusiones: Los sistemas de autocaptura son viables en ERI, con una tendencia favorable hacia la estimulación bipolar. Los umbrales automáticos son similares a los manuales en los pacientes con ERI, y se mantienen estables durante el seguimiento.

630/55. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS TRAS UN EVENTO CARDIOVASCULAR

María Eugenia Zambrano Medina, María Rosa Fernández Olmo, Miguel Puentes Chiachio, Manuel Fernández Anguita, Magdalena Carrillo Bailén, Javier Torres Llergo y Juan Carlos Fernández Guerrero

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: Dada a la falta de evidencia científica y la escasa representación en los ensayos clínicos de la pobla-

ción mayor de 75 años, no tenemos información suficiente sobre cuál es el tratamiento óptimo de estos pacientes, más allá de adaptar las terapias a la fragilidad y a la comorbilidad. El objetivo es evaluar el abordaje terapéutico de los pacientes mayores de 75 años que presentan un evento cardiovascular (CV) tanto en el momento agudo como en el seguimiento posterior.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de inclusión consecutiva, de los pacientes (n = 103) ≥ 75 años que ingresaron por un evento CV (enero-diciembre 2019).

Resultados: Edad media 82,5 ± 5 años, el 40,8% fueron mujeres y la puntuación media en Barthel fue 77,2 ± 26 puntos. En el 40,8% de los pacientes no se realizó revascularización y el 50,5% presentaron complicaciones durante el ingreso. Al alta, el 11,7% fueron derivados a rehabilitación cardíaca, el 64% con doble terapia antiagregante (DTA) y el 57,9% con estatinas de alta intensidad. En el seguimiento (24,4 meses) se observó que el 55,1% suspendió la DTA a los 12 meses (21,7% > 12 meses) y el cLDL medio fue de 60 mg/dl (30% < 55 mg/dl). En cuanto al tratamiento farmacológico, aunque el 24,5% había suspendido algún tratamiento, hubo un aumento en la prescripción de ezetimibe (el 33 frente al 41%; p = 0,05), de betabloqueantes (el 72,7 frente al 82,7%; p = 0,02) y diuréticos (el 48,5 frente al 60,8%; p = 0,01).

Conclusiones: En nuestra serie se observó que un alto porcentaje de pacientes son tratados de forma conservadora en el momento agudo, con un abordaje subóptimo en prevención secundaria.

630/56. LAS ARRITMIAS VENTRICULARES EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST, ¿PUEDO ANTICIPARME A SU APARICIÓN?

Diego Félix Arroyo Moñino, Néstor García González, Jesús Carmona Carmona, Iria Ruth Martínez Primoy y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Las arritmias ventriculares (TV y FV) son una complicación frecuente en el contexto del SCA-CEST, pero no existen grandes registros que hablen de factores predictores o protectores de la aparición de estas. Nuestro objetivo es describir la prevalencia de estas arritmias en una población de pacientes ingresados con SCACEST, así como posibles factores de riesgo o protectores frente a su aparición.

Métodos: Registro retrospectivo, unicéntrico, observacional de pacientes ingresados en una unidad coronaria por SCACEST desde enero del 2010 a diciembre de 2021, registrándose características basales, factores relacionados con el diagnóstico y tratamiento de su patología, así como complicaciones relacionadas.

Resultados: Se incluyeron 1.750 pacientes diagnosticados de SCACEST, 88,7% varones y con edad media de 62,4 años; 197 pacientes (11,3%) presentaron arritmias ventriculares.

Características basales: tabaquismo activo 45,9%; HTA 54,5%; DM 28,3%; DLP 43,6%; obesidad 27,5%; infarto previo 9,5%; ACV previo 7%; enfermedad vascular periférica (EVP) 4,8%; ERC 8,9%; ICP previa 8,9%. Los factores protectores y de riesgo identificados (p < 0,05) fueron los siguientes: 1) riesgo: tabaquismo, ST elevado > 2 mm en ≥ 3 derivaciones, sangrado intrahospitalario, FA intrahospitalaria, necesidad de inotropos, necesidad de ventilación mecánica; 2) protectores: HTA, ERC, EVP, toma previa de antiagregantes e ICP previa.

Conclusiones: La presencia de arritmias ventriculares es relativamente frecuente en esta población, y hemos podido identificar una serie de factores de riesgo relacionados con un perfil de paciente grave, así como factores protectores de la aparición de estas, relacionados varios de ellos, de forma directa o indirecta, con la toma previa de antiagregantes.

630/57. VARIABILIDAD ENTRE CENTROS EN EL EMPLEO DE ANTICOAGULANTES DIRECTOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN ACTIVO Y FIBRILACIÓN AURICULAR. DATOS DEL REGISTRO CANAC-FA

Inara María Alarcón de la Lastra Cubiles¹,
José Javier Sánchez Fernández²,
Alberto Piserra López-Fernández De Heredia³,
María Inmaculada Fernández Valenzuela⁴,
Magdalena Carrillo Bailén⁵, Arancha Díaz Expósito⁶,
Marinela Chaparro Muñoz⁴, Javier Torres Llergo⁵,
Alejandro Pérez Cabeza⁶ y Martín Ruiz Ortiz³

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁴Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. ⁶Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: El manejo antitrombótico de los pacientes con cáncer activo y fibrilación auricular (FA) es complejo por el elevado riesgo trombótico y hemorrágico. El objetivo principal del estudio consistió en investigar la variabilidad en la prescripción de anticoagulación en pacientes con cáncer de pulmón activo y FA.

Métodos: Se analizaron datos del registro CANAC-FA, un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico realizado en 5 hospitales españoles de tercer nivel. Se seleccionaron pacientes con cáncer de pulmón activo (<1 año del diagnóstico) y FA entre enero de 2017 y diciembre de 2019 y se analizó la variabilidad en la prescripción de anticoagulantes en la visita basal.

Resultados: Se incluyeron 255 pacientes. Tanto las características basales de los pacientes como la prescripción de anticoagulantes fueron significativamente diferentes, especialmente en anticoagulantes directos (ACOD) y antivitamina K ($p < 0,05$). Las diferencias en la prescripción de tratamiento anticoagulante desaparecieron tras el análisis multivariado, pero no así las observadas en la indicación de ACOD, aun tras ajustar por las características basales (OR: 4,1; IC95%, 1,6-10,4; $p = 0,003$; OR: 4,0; IC95%, 1,7-9,5; $p = 0,002$; OR: 7,8; IC95%, 1,6-38,6; $p = 0,01$; y OR: 14,0; IC95%, 4,9-39,7; $p < 0,0005$, para los 4 centros con mayor prescripción, tomando como referencia el que tenía la menor frecuencia de indicación).

Conclusiones: Se observó una variabilidad significativa en el empleo de anticoagulación que puede explicarse, en parte, por las diferentes características basales de los pacientes. Sin embargo, y pese a los ajustes requeridos, las diferencias en cuanto a la prescripción de ACOD entre centros se mantuvo.

630/58. ANÁLISIS DEL CONTROL GLUCÉMICO EN LOS PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS DE CARDIOLOGÍA SEGÚN CÓDIGO POSTAL Y ETNIA

Manuel Apellaniz Sillero¹, Francisca Montoro Ballesteros²,
Francisco García Lanzas³, José María Miralles Ibarra³
y José Javier Sánchez Fernández³

¹Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta. ²Unidad de Neumología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Ceuta, Ceuta.

Introducción y objetivos: La aparición de diabetes mellitus tipo 2 y el control glucémico se ven influenciados por la educación sociosanitaria y el entorno cultural. Nuestro objetivo fue analizar las posibles diferencias en la prevalencia de dia-

betes mellitus tipo 2 y en el control de glucemias según características basales y el código postal de residencia en una ciudad en la que conviven diferentes etnias y culturas.

Métodos: Entre septiembre de 2021 y febrero de 2022 se reclutaron todos los pacientes con hemoglobina glucosilada (HbA1c) mayor del 9% en los 12 meses previos que acudieron a consultas de cardiología de nuestro centro, así como una cohorte de pacientes seleccionados aleatoriamente con HbA1c menor del 9%. Se analizaron características basales y demográficas y se comparó la HbA1c según esas variables mediante t-Student y ANOVA.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes (edad $65,1 \pm 9,7$ años; 60,4% varones), 51 de ellos con HbA1c mayor al 9%. La HbA1c media del grupo con glucemias elevadas fue del 10,39% frente a la HbA1c media del 6,62% en el grupo control. Se observó que los varones (el 9,06 frente al 7,50%; $p < 0,001$), los residentes en la periferia (HbA1c, 7,64% frente a HbA1c, 8,63%; $p < 0,001$) y los pacientes de etnia árabe (HbA1c, 9,01% frente a HbA1c, 7,99%; $p < 0,001$) presentaron cifras de HbA1c mayores. No se observaron diferencias en HbA1c según edad ($p = 0,756$).

Conclusiones: Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el control glucémico de los pacientes según el código postal de residencia, el sexo y la etnia de los pacientes

630/60. ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA REVASCULARIZACIÓN PRECOZ EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Alejandro Gómez González, Luis López Flores,
Néstor García González, Gloria Rocío Padilla Rodríguez,
Marta Lucas García, Fernando Altarejos Salido,
Paula Marín Andreu, Antonio Pablo Rivas García,
Rafael J. Hidalgo Urbano y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El tiempo hasta la coronariografía diagnóstica en pacientes que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), se plantea como uno de los principales factores pronósticos en los pacientes de mayor riesgo.

Métodos: Incluimos los pacientes ingresados en la unidad coronaria de un hospital de 3.º nivel desde enero de 2011 hasta febrero de 2022 por SCASEST. Nos planteamos examinar si las características clínicas de los pacientes en los que se realiza coronariografía precoz (Cp), difieren de aquellos en los que se realiza más tardíamente.

Resultados: Se incluyeron 1.092 pacientes (72,3% hombres y 27,7% mujeres), 65 años de edad media, en los que 334 (30,6%) de ellos se realizó Cp. Inicialmente encontramos pacientes más jóvenes, más fumadores (el 41 frente al 31,5; $p = 0,008$), mayor frecuencia de cambios electrocardiográficos de riesgo ($p = 0,000$), mayor necesidad de diuréticos y vasodilatadores ($p = 0,02$ y $p = 0,09$), menor número de coronarias normales ($p = 0,02$), mayor necesidad de revascularización quirúrgica ($p = 0,047$), peor Killip-Kimball (KK) durante la estancia hospitalaria ($p = 0,003$), así como mayor frecuencia de shock cardiogénico ($p = 0,002$) entre los pacientes en los que se realizó Cp. Aunque la mortalidad intrahospitalaria fue superior en los pacientes en los que se realizó Cp, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. No se obtuvieron diferencias en otros parámetros clínicos estudiados.

Conclusiones: En nuestro estudio observamos que en pacientes ingresados por SCASEST, realizamos con mayor frecuencia Cp en pacientes con peor pronóstico sin observarse diferencias significativas en mortalidad intrahospitalaria ni

en FEVI poscateterismo. Los resultados sugieren que la Cp mejora el pronóstico en el grupo de peor perfil clínico.

630/61. REACTANTES DE FASE AGUDA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES INGRESADOS POR INFARTO EN CARDIOLOGÍA ENTRE 2020 Y 2021

José Gregorio Soto Rojas, Miriam Parra Rubio, Fabiola Nicolás Cañadas y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería

Introducción y objetivos: Es conocido que en el infarto se produce una respuesta inflamatoria con aumento de los reactantes de fase aguda (RFA). El objetivo de este estudio es analizar la posible relación entre los RFA y las características clínicas de pacientes ingresados por infarto.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie de 398 pacientes consecutivos con infarto que ingresan en un hospital de tercer nivel. Se realizó un análisis de correlación entre los valores de NT-proBNP y PCR inicial y máxima durante el ingreso y otras características demográficas, clínicas, ecocardiográficas y la mortalidad intrahospitalaria y precoz (primeros 30 días).

Resultados: Los pacientes con infarto presentaron una PCR media al ingreso de 1,9 mg/dl, una PCR máxima media de 5,5 mg/dl y un NT-proBNP medio de 4.265 pg/ml. Obtuvimos una discreta correlación significativa inversa entre la FEVI y el valor de PCR inicial (-0,135), PCR máxima (-0,285) y de NT-proBNP (-0,33). También encontramos una relación significativa entre una PCR > 1,5 mg/dl y la presencia de arritmias malignas y muerte cardiovascular ($p < 0,05$), así como entre valores de NT-proBNP > 1.000 pg/ml y el sexo femenino y la mortalidad cardiovascular ($p < 0,05$).

Conclusiones: Dentro de los mecanismos fisiopatológicos del infarto se produce una respuesta inflamatoria que conlleva un aumento de los RFA. En nuestro estudio encontramos una relación significativa entre los valores elevados de PCR y NT-proBNP con una FEVI disminuida y la mortalidad cardiovascular. Recalcamos la importancia de la monitorización de los RFA durante el ingreso, ya que aportan información de gran utilidad pronóstica en la valoración del paciente con infarto agudo de miocardio.

630/62. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

José Gregorio Soto Rojas, Beatriz Girela Pérez, Fabiola Nicolás Cañadas y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Son bien conocidos los FRCV que predisponen al desarrollo de la cardiopatía isquémica y tradicionalmente se han asociado a edades avanzadas, sin embargo, la incidencia de cardiopatía isquémica en jóvenes ha aumentado en los últimos años. El objetivo es analizar la prevalencia de FRCV en personas jóvenes.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de la prevalencia de FRCV en pacientes ingresados por infarto en un hospital terciario en función de la edad y su relación con la mortalidad.

Resultados: Dividimos la muestra según la edad diferenciando entre menores y mayores de 50 años (el 10,3 frente al 89,7%). En los más jóvenes había una menor tasa de hipertensión (el 43,9

frente al 65,3%; $p = 0,007$), dislipemia (el 36,6 frente al 56,6%; $p = 0,015$) y diabetes (el 17,1 frente al 36,7%; $p = 0,012$), con una mayor tasa de tabaquismo activo (el 82,9 frente al 30%; $p < 0,05$), obesidad (el 31,7 frente al 22,1%; $p = 0,16$) y antecedentes familiares de cardiopatía prematura (el 31,7 frente al 6,7%; $p < 0,05$). No encontramos asociación significativa entre esos grupos de edad y la mortalidad cardiaca precoz ($p = 0,08$).

Conclusiones: Los FRCV son entidades importantes para el desarrollo de cardiopatía isquémica. Mientras que algunos de ellos están altamente asociados a la edad, como son la HTA, la dislipemia o la diabetes, hay otros muy relacionados con los hábitos de vida que están aumentando en personas más jóvenes, como son el tabaquismo y la obesidad, y que están haciendo que aumente el riesgo de cardiopatía isquémica a edades más precoces. Sería necesaria la creación de programas de concienciación social para disminuir el impacto de dichos FRCV en personas jóvenes.

630/63. CONFINAMIENTO Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Miriam Parra Rubio, José Gregorio Soto Rojas, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La pandemia de COVID ha supuesto un cambio en la reorganización continua de la asistencia en el paciente cardiológico, especialmente en la fase aguda como supone el SCA. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de los pacientes ingresado por SCA durante la primera etapa de la pandemia frente a los meses posteriores. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, donde se analizan los pacientes ingresados por SCA en la primera parte de la pandemia de COVID (marzo de 2020 a diciembre de 2020) y los pacientes ingresados en los 10 meses posteriores. Se analizaron características demográficas, clínicas, mortalidad hospitalaria y mortalidad precoz en los 30 días de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 338 pacientes, 178 en 2020 y 220 en 2021. Edad media de 66 ± 6 años con un 74% de hombres en ambos grupos. Durante 2020 se registró un 8% menos de SCACEST con un mayor número de complicaciones postinfarto (el 4% frente al 2,3%), con una FEVI media similar en ambos grupos (el 49% frente al 50%). La mortalidad hospitalaria fue del 5,6 frente al 4,1% y tanto esta como la mortalidad a los 30 días se asociaron de forma significativa a la FEVI, a la revascularización incompleta, a las complicaciones postinfarto y a los niveles de NT-proBNP ($p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestro estudio se objetiva un ligero incremento de la mortalidad durante la primera parte de la pandemia de COVID con aumento de las complicaciones postinfarto, probablemente relacionada con la organización de la atención sanitaria en ambos periodos y al retraso de los pacientes en solicitar asistencia sanitaria.

630/64. CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES CORONARIAS EN LOS PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS INGRESADOS POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

José Gregorio Soto Rojas, Beatriz Girela Pérez, Fabiola Nicolás Cañadas y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: El IAM es más frecuente en personas de edad avanzada; sin embargo, también se manifiesta en

jóvenes, con la importante afectación socioeconómica que conlleva. Nuestro objetivo es analizar las características de los infartos que tienen los menores de 50 años.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con infarto, seleccionando aquellos de menos de 50 años. Se analizaron el tipo de infarto, la arteria responsable de este y la revascularización coronaria y se comparó con el resto de la muestra.

Resultados: En 18 meses tuvimos 398 infartos, de ellos 41 (10,3%) tenían menos de 50 años. En este grupo fue más frecuente el SCACEST (el 63,4 frente al 44,5%; $p = 0,02$), el infarto anterior (el 24,4 frente al 15,7%; $p = 0,15$), la afectación de DA (el 46,3 frente al 30,3%, $p = 0,03$) y la afectación de un único vaso (el 87,8 frente al 42,3%, $p < 0,05$), y menos frecuente el desconocimiento de la anatomía coronaria (el 0 frente al 7,6%, $p = 0,06$). Fue mayor la revascularización percutánea completa (el 85,4 frente al 56,9%, $p < 0,05$) que parcial (el 4,9 frente al 16,8%, $p = 0,04$) o sin posibilidad de revascularización (el 9,8 frente al 22,1%, $p = 0,06$).

Conclusiones: El infarto en jóvenes, aunque menos frecuente, tiene un mayor impacto pronóstico, con la disminución de la calidad de vida y el aumento de la mortalidad en personas con una vida laboral activa. Predominan los SCACEST, la afectación de un único vaso y la revascularización percutánea completa. Es importante recalcar que la edad no es un factor excluyente para la cardiopatía isquémica para no retrasar el diagnóstico y tratamiento en personas jóvenes y de esta forma mitigar los resultados adversos.

630/66. MEJORÍA EN LOS PARÁMETROS ELECTROCARDIOGRÁFICOS PREDICTORES DE MUERTE SÚBITA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR Y BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA TRAS RESINCRONIZACIÓN EN EL HAZ DE HIS

Álvaro López-Masjuán Ríos¹, Irene María Esteve Ruíz¹, María Teresa Moraleda Salas¹, Álvaro Arce León¹ y Pablo Moriña Vázquez²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: Los parámetros electrocardiográficos (ECG) predictores de muerte súbita (MS) han sido descritos en pacientes con disfunción ventricular. La terapia de resincronización cardíaca (TRC) en pacientes con bloqueo completo de rama izquierda del Haz de His (BCRIHH), además de mejorar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), puede corregir parcialmente estos parámetros, lo que podría suponer un impacto en la supervivencia. Los cambios en la repolarización en pacientes resincronizados vía estimulación permanente en el Haz de His (EPHis) no han sido aún descritos.

Métodos: Estudio prospectivo-descriptivo en pacientes con BCRIHH e indicación de TRC propuestos para resincronización vía EPHis. Se analizaron diferentes parámetros de MS (intervalo QT, intervalo QT corregido, dispersión del QT, Tpeak-Tend, dispersión Tpeak-Tend, ratio Tpeak-Tend/QT, índice rdT/JT, voltaje y duración de onda T) y sus cambios a 6 meses de seguimiento.

Resultados: Incluimos 21 pacientes (57% hombres, 70 [63,5-80] años). El 90,5% hipertensos, el 57,1% diabetes mellitus y el 66,7% dislipémicos; el 90,5% tenía cardiopatía estructural (mediana FEVI 38% [30-52,5%]); el 52,9% tenía miocardiopatía dilatada no isquémica, principalmente por asincronopatía inducida por BCRIHH. Otras causas de miocardiopatía fueron miocardiopatía hipertensiva (5,9%), valvulopatías (11,8%) y car-

diomiopatía inducida por estimulación de marcapasos (11,8%). El 66,7% fueron resincronizado con marcapasos bicamerales, el 28,6% con DAI-TRC y el 4,8% con marcapasos tricameral. Todos los predictores mejoraron durante el seguimiento.

Conclusiones: Existe una mejoría en los parámetros ECG predictores de MS en pacientes con BCRIHH resincronizados vía EPHis, y esta puede disminuir el riesgo de muerte súbita.

630/67. DIABETES E INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTE CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

José Antonio Aparicio Gómez, Isabel María Jorquera Lozano y Soraya Muñoz Troyano

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: En los últimos años, se ha reconocido la estrecha relación entre diabetes e insuficiencia cardíaca. La evidencia actual es que los iSGLT-2 en los pacientes con insuficiencia cardíaca y FEVI reducida tienen beneficio pronóstico. Nuestro objetivo es analizar la influencia de la diabetes así como el tratamiento antidiabético recibido por los pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVI-reducida ingresados en nuestro hospital.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca con FEVI-reducida (FEVI < 50%). Se analizaron características clínicas y mortalidad al año de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 709 pacientes diabéticos con insuficiencia cardíaca con FEVI-reducida ingresados por insuficiencia cardíaca durante 48 meses. El 64,5% eran varones, con una edad media de $72,5 \pm 12,6$ años. La FEVI media de los pacientes fue del 33,8%. El 45,3% eran pacientes diabéticos, de los cuales el 22,7% presentaban lesión de órgano diana con una HbA1c media de 7,41. En relación con el tratamiento antidiabético se objetivó una baja tasa de iSGLT2 (1,2%) con tratamiento mayoritario de metformina (39,4%), insulina (37,6%) e iDPP4 (25,5%). La mortalidad al año de seguimiento fue del 31,7% asociada de forma significativa a la presencia de diabetes, lesión de órgano diana, FEVI, edad y niveles de NT-proBNP ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio sugieren que la diabetes así como la presencia de lesión de órgano diana empeoran el pronóstico de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. Ante la evidencia clínica actual, es necesario incrementar el uso de iSGLT-2 para mejorar el pronóstico de los pacientes diabéticos (y no diabéticos) con insuficiencia cardíaca con FEVI-reducida.

630/68. DATOS EN VIDA REAL DE EFICACIA Y SEGURIDAD DEL IMPLANTE DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ISQUÉMICA

Emilio José Amigo Otero, Jesús Díaz Gutiérrez, Félix Rosa Longobardo, María Teresa Moraleda Salas, Irene María Esteve Ruíz, Álvaro Arce León, José Venegas Gamero, Juan Manuel Fernández Gómez y Pablo Moriña Vázquez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: Los pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MDNI) tienen mayor riesgo de muerte súbita (MS). Actualmente, la decisión de implantar un desfibrilador automático implantable (DAI) se basa en la fracción

de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Sin embargo, pueden existir otros predictores más precisos, como el grado de fibrosis mediante resonancia cardiaca (RMC).

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con MDNI en los que se implantó un DAI entre enero de 2009 y diciembre de 2020. El objetivo es analizar las indicaciones, complicaciones agudas y durante el seguimiento y los eventos tratados.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes con MDNI ($59 \pm 11,8$ años, 74% hombres, $57 \pm 4,9$ meses de seguimiento); el 14% en prevención secundaria de MS (FEVI media $32,6 \pm 11,7\%$) y el 86% en prevención primaria (FEVI media $28,6 \pm 7,14\%$). Ocho pacientes, de los cuales 7 (11,4%) en prevención primaria y 1 (11%) en prevención secundaria, recibieron descargas apropiadas y 4 (5,7%) recibieron descargas inapropiadas. La dislocación de electrodo ocurrió en 5 pacientes (7,2%). En el grupo de prevención secundaria, 2 pacientes tuvieron QRS estrecho (sin fibrosis en RMC) y 7 con bloqueo de rama izquierda (BRI), de los cuales en el 50% se realizó RMC sin fibrosis. En prevención primaria ($n = 64$), 24 pacientes tuvieron QRS estrecho (el 47,1% con RMC sin fibrosis). El estudio genético se realizó en 13 pacientes (16,2%) y fue patológico en 7 de ellos, de los cuales 3 presentaron eventos durante el seguimiento.

Conclusiones: En nuestra serie, el número necesario para salvar una vida (NNT) es 7. Es interesante la realización de un test genético para predecir eventos en seguimiento.

630/69. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LA ENFERMEDAD CORONARIA EN LOS PACIENTES MAYORES

María Rosa Fernández Olmo,
María Eugenia Zambrano Medina, Miguel Puentes Chiachio,
Javier Torres Llergo, José María Segura Aumente,
Víctor Manuel Aragón Extremera
y Juan Carlos Fernández Guerrero

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: La revascularización percutánea en el contexto del síndrome coronario agudo, ha demostrado mejorar el pronóstico cardiovascular, incluso en los pacientes ancianos. Sin embargo, la tasa de no revascularización puede alcanzar el 40% en diferentes registros contemporáneos. El objetivo es evaluar en nuestra serie las características que se asocian al tratamiento de revascularización en la enfermedad coronaria y el impacto en el pronóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo de 103 pacientes consecutivos que ingresaron por enfermedad coronaria, ≥ 75 años (enero-diciembre de 2019).

Resultados: Edad media 82 años, 40% mujeres. El 91,3% era hipertenso, el 52,4% dislipémico, el 53,4% diabético, el 23,3% presentaba fibrilación auricular y el 22% ECV. El 75% presentaba otras patologías asociadas y tomaba 10,3 fármacos de media previo al evento. El 23,3% sufrió SCACEST. Se revascularizó el 59,2% y durante el ingreso el 50,5% presentó algún tipo de complicación. Los pacientes que no se revascularizaron tenían más edad (84 frente a 80 años; $p < 0,001$), presentaron con más frecuencia un evento coronario no agudo ($p < 0,001$), niveles de NT-proBNP más altos ($p < 0,001$) y al alta menor prescripción de doble terapia antiagregante ($p < 0,001$) y menor derivación a rehabilitación cardiaca ($p = 0,002$). En el seguimiento, el 17,3% presentó un reingreso CV (IAM o angina) y el 13,5% fallecimiento CV, siendo la no revascularización un predictor independiente para el reingreso (HR [95%]: 3,81; 1,3-11,2; $p = 0,015$).

Conclusiones: Los pacientes que son tratados de forma conservadora suelen ser más mayores y con eventos coronarios

no agudos, sin embargo, presentan mayor riesgo de presentar un reingreso por un evento cardiovascular.

630/70. VALORACIÓN AL ALTA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA CON FE REDUCIDA TRAS LAS NUEVAS RECOMENDACIONES. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EVENTOS

Miguel Puentes Chiachio, María Rosa Fernández Olmo,
José María Segura Aumente, Enrique Javier Quesada Pérez,
Jairo Monedero Campo, Juan Carlos Fernández Guerrero
y Javier Torres Llergo

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Jaén, Jaén.

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) es muy prevalente en nuestro medio, y supone una elevada tasa de reingresos y mortalidad en la población general. Las GPC implementan medidas dirigidas a mejorar el pronóstico en ICA. Evaluamos el perfil de paciente hospitalizado por ICA y FE reducida, y los eventos en el seguimiento.

Métodos: Se incluyen pacientes ingresados por ICA y FE reducida en Cardiología de nuestro centro del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021. Se analizaron las variables descriptivas y los eventos en el seguimiento.

Resultados: Se analizan 85 pacientes con FE reducida (ICA total 203). La edad media $68 \pm 12,3$ años; 21,2% mujeres, 37,6% diabéticos, 67,1% hipertensos, 30% FA, 39,3% ERC. La IC de novo el 62,4%, y el 32,9% eran naïve-IECA/ARAI. El 17,2% había ingresado en el año previo. Las etiologías más frecuentes son isquémica (38%), idiopática (30%) y valvular (12%). FEVI $31 \pm 6\%$, FEVD deprimida en el 41,2%, HTP en el 36,7%, IM moderada-severa en el 38,8%. El tratamiento al alta, iSRAA en el 96,4%, BB en el 92,6%, ARM en el 79%, iSGLT2 en el 68%; con tripleterapia (iSRAA-BB-ARM) en el 75,3% (ARNI en el 59,3%); con cuadrupletapia (+iSGLT2) en el 53,1% (ARNI 43,2%). La mortalidad hospitalaria fue del 4,7%. Al mes, la hiperkalemia $> 5,5\text{mEq/l}$ fue del 3,5%; los reingresos son el 5,9%, visita a urgencias el 2,4% y la mortalidad el 2,4%. Con seguimiento de $8,4 \pm 3,2$ meses, la mortalidad fue del 8,2% y los reingresos-visitas a urgencias del 17,6%.

Conclusiones: Al alta, más de la mitad de los pacientes son tratados con cuadrupletapia, con amplio uso de ARNI, y con baja tasa de eventos en el seguimiento a corto plazo.

630/71. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN EL IMPACTO PRONÓSTICO DE LA DIABETES Y DE SU TRATAMIENTO EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Elvira Carrión Ríos¹, José Antonio Aparicio Gómez²,
Soraya Muñoz Troyano² y Ricardo Fajardo Molina²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Mediterráneo, Almería. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La asociación de diabetes mellitus (DM) con insuficiencia cardiaca (IC) se ha puesto de relevancia en los últimos años. Además, nuevos fármacos antidiabéticos han demostrado mejoría pronóstica. Nuestro objetivo es conocer las características epidemiológicas de los pacientes diabéticos con IC ingresados en nuestro hospital.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes diabéticos con IC ingresados en un hospital terciario. Se analizaron características clínicas, tratamiento antidiabético, mortalidad e ingresos hospitalarios durante el seguimiento.

Resultados: En un seguimiento medio de 92 meses se incluyeron 1.342 pacientes diabéticos con IC. El 53% eran mujeres,

con un índice de comorbilidad medio de $5,62 \pm 2,32$ y una edad media de $77,09 \pm 11$ años. La FEVI media fue del 43,8%. El 46,8% tenía lesión de órgano diana con HbA1c media de 7,27. El porcentaje de tratamiento recibido con iSGT2 fue muy bajo (2,8%). La mayoría recibía tratamiento con metformina (41,1%), insulina (37%) e iDDP4 (28,9%). Los ingresos precoces (< 30 días del alta) fueron del 6,1% con una mortalidad al año del 14,6%. Esta se asoció de forma significativa a HbA1c, edad, FEVI, índice de comorbilidad de Charlson y a los niveles de pro-BNP (todos con $p < 0,05$).

Conclusiones: Nuestro estudio pone de manifiesto las altas tasas de hospitalización y mortalidad de los pacientes diabéticos con IC. A pesar de las evidencias disponibles, el porcentaje de pacientes DM2 con IC que se trata con iSGLT-2 es residual, por lo que debemos optimizar su tratamiento y controlar los factores que empeoran su pronóstico.

630/72. ENFERMEDAD DE FABRY EN CONSULTA DE CARDIOPATÍAS FAMILIARES

Isabel María Jorquera Lozano¹,
Carlos Federico Gómez Navarro¹, Remedios Garofano López²,
Elvira Carrión Ríos¹ y Ricardo Fajardo Molina¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Fabry es un trastorno de almacenamiento lisosómico ligado al cromosoma X, cuya prevalencia, probablemente subestimada, se encuentra entre 1/40.000 y 1/117.000 individuos. Las complicaciones cardíacas se asocian con una alta morbilidad, siendo actualmente la principal causa de muerte. El objetivo es analizar los datos clínicos, de imagen y electrocardiográficos de una serie de pacientes con la enfermedad.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con diagnóstico genético de la enfermedad en una consulta de cardiopatías familiares de reciente creación.

Resultados: Se identificaron 20 pacientes con diagnóstico de EF pertenecientes a 3 familias. La edad media de diagnóstico fue de 46,2 años y un 36,4% eran varones. El diagnóstico inicial se hizo en consulta de nefrología, 2 pacientes desde diálisis, 1 en el estudio de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y el resto a raíz del estudio de los familiares. Durante un seguimiento medio de 17,6 años se analizó la afectación cardiovascular. La mayoría de los pacientes se mantuvieron asintomáticos. Solo 5 presentaron clínica cardiovascular (1 palpitaciones, 1 angina, 2 disnea y 1 síncope). Tenían afectación cardíaca 19 pacientes (82,6 %), todos ellos con HVI inexplicada con septo medio $14,33 \pm 2,33$ mm en varones y $12,9 \pm 3,45$ mm en mujeres.

Conclusiones: La afectación cardiovascular de los pacientes con Fabry es poco sintomática en nuestra serie, pero muy prevalente, sobre todo con HVI significativa. Es fundamental el screening precoz cardiológico.

630/73. LA ENFERMEDAD DE FABRY Y LA MUJER: UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Isabel María Jorquera Lozano¹,
Carlos Federico Gómez Navarro¹, Remedios Garofano López²,
Elvira Ríos¹ y Ricardo Fajardo Molina¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Unidad de Nefrología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Fabry (EF) es un trastorno de almacenamiento lisosómico ligado al cromosoma X. Clásicamente se ha postulado a la mujer como portadora de la enfermedad, sin embargo, numerosos estudios han demostrado que también puede manifestar el espectro clínico de la enfermedad y, por lo tanto, beneficiarse del tratamiento mediante sustitución enzimática. El objetivo es describir la afectación cardiovascular en pacientes tratadas frente a las no tratadas.

Métodos: Análisis de características ecocardiográficas y acceso a terapia específica de un grupo de pacientes con diagnóstico genético de EF.

Resultados: Se analizaron 20 pacientes de una consulta de familiares de reciente inicio, siendo 13 (el 56,5%) mujeres. Estas presentaban un grosor medio del septo de $12,9 \pm 3,45$ mm, siendo en los hombres de $14,33 \pm 2,33$ mm. De los 9 pacientes que reciben tratamiento sustitutivo, 4 de ellos son mujeres. El motivo de inicio fue, en la mayoría de los casos, la presencia de proteinuria. La media del grosor del septo en pacientes mujeres tratadas es de $13 \pm 3,3$ mm (rango: 9-17 mm) y en las no tratadas de $12 \pm 3,7$ mm (rango: 8-18 mm).

Conclusiones: Nuestra serie pone de manifiesto la presencia de pacientes mujeres con EF y afectación cardiovascular que no siguen un tratamiento específico. Es, por tanto, necesaria la implementación de consultas multidisciplinarias específicas para un mejor control de estas pacientes, clásicamente infradiagnosticadas e infratratadas.

630/74. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE MUTACIONES EN EL GEN LMNA A PRODUCTORAS DE CARDIOLAMINOPATÍAS CON O SIN MIOPATÍAS ASOCIADAS

Isabel María Jorquera Lozano,
Carlos Federico Gómez Navarro, Elvira Carrión Ríos,
José Antonio Aparicio Gómez y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: El gen Lamina A/C (LMNA) codifica 2 proteínas de la cara interna de la membrana nuclear de muchos tipos celulares, contribuyendo a su integridad. Sus mutaciones pueden provocar miopatías y miocardiopatías, cuya prevalencia es baja, pero las implicaciones pronósticas son relevantes. El objetivo es describir los fenotipos de diferentes mutaciones de LMNA con o sin miopatías asociadas.

Métodos: Análisis de manifestaciones cardiovasculares en pacientes con mutaciones por LMNA en los que predominan los síntomas musculares frente a pacientes sin miopatía.

Resultados: Se han descrito 7 pacientes en 4 familias con distintas mutaciones del gen LMNA.

En 3 pacientes el debut fue debilidad muscular, con inicio de síntomas precoz (edad media: 14 años). Las manifestaciones cardiológicas (fibrilación auricular y miocardiopatía dilatada) apareció en 2 de ellos con una media de 20,5 años. De los 4 pacientes sin miopatía asociada, 2 presentaron trastornos de la conducción, con necesidad de implante de marcapasos antes de los 40 años, uno de ellos con *up-grade* a DAI por presencia de TV en seguimiento. La FEVI se ha conservado normal en los 4 pacientes.

Conclusiones: Las mutaciones en LMNA que comienzan con síntomas musculares presentan una cardiopatía más precoz y con mayor afectación miocárdica que las mutaciones sin miopatía, en las que es más frecuente el trastorno de conducción AV.

630/75. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA DE ORIGEN ISQUÉMICO

Alfonso Padilla Escámez¹, María José Romero Reyes¹,
Marta Barba Jiménez¹, José Antonio Mora Pardo²
y Francisco Javier Molano Casimiro¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: A pesar de que la rehabilitación cardíaca (RC) ha demostrado ser útil y efectiva en paciente con insuficiencia cardíaca, continúa estando infrutilizada en esta población. Nuestro objetivo fue valorar el impacto de un programa multidisciplinar de RC sobre mortalidad y los eventos cardiovasculares a largo plazo en pacientes con disfunción ventricular izquierda tras un intervencionismo coronario percutáneo (ICP).

Métodos: Estudio de cohortes unicéntrico y ambispectivo incluyendo pacientes con disfunción ventricular izquierda (FEVI < 53%) de origen isquémico, a los que se les ofertó participar en nuestro programa de RC, entre septiembre de 2004 y julio de 2014. Realizamos un seguimiento medio posterior de $9,5 \pm 3,7$ años.

Resultados: De los 267 pacientes incluidos, 158 (59,2%) realizaron RC y 109 (40,8%) no. Los pacientes que realizaron RC eran más jóvenes, en su mayor parte varones y presentaban menos comorbilidades (arteriopatía periférica, enfermedad renal crónica, ictus y FEVI $\leq 30\%$). Realizar RC se asoció a una reducción de eventos durante el seguimiento: menor mortalidad global (el 19,6 frente al 63,3%; RR: 0,142; IC95%, 0,081-0,246; $p < 0,0001$) y cardiovascular (el 7 frente al 37,6%; RR: 0,124; IC95%, 0,060-0,256; $p < 0,0001$), disminución de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (el 19,7 frente al 37,6%; RR: 0,408; IC95%, 0,235-0,709; $p = 0,001$), tasa de reinfartos (el 15,9 frente al 26,2%; RR: 0,534; IC95%, 0,291-0,981; $p = 0,041$) y accidentes cerebrovasculares no fatales (el 5,7 frente al 15%; RR: 0,344; IC95%, 0,146-0,810; $p = 0,011$).

Conclusiones: Los pacientes con disfunción ventricular izquierda de origen isquémico que realizan un programa de RC hospitalaria obtienen beneficios en cuanto a reducción de la mortalidad global y cardiovascular, así como de las hospitalizaciones por IC y eventos cardiovasculares no fatales que se mantienen a largo plazo.

630/76. HIPOTERMIA TERAPÉUTICA TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA: PRONÓSTICO A LARGO PLAZO

Blanca Olivares Martínez, María Rivadeneira Ruiz,
Néstor García González, María Inmaculada Fernández Valenzuela,
Carlos Barea Sánchez y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Las guías recomiendan el control de temperatura en pacientes en coma tras parada cardiorrespiratoria (PCR). En algunos estudios ha mostrado mejoría en el pronóstico neurológico para cualquier ritmo y mejoría en mortalidad en ritmos desfibrilables. Hay menos evidencia sobre sus resultados a largo plazo, por ello nos propusimos analizar estas variables en pacientes sometidos a hipotermia terapéutica (HT) en nuestro centro.

Métodos: Cohorte retrospectiva de 188 pacientes ingresados en una unidad coronaria en coma (Glasgow global ≤ 10) post-PCR, en 2006-2021. Analizamos mortalidad y reingresos en el seguimiento y situación neurológica al año (media según la escala CPC, siendo CPC 1-2 buen pronóstico) en los pacientes

tratados con HT (33 °C). Realizamos también un análisis multivariante.

Resultados: Ingresaron en coma post-PCR 188 pacientes. Se aplicó HT en 75 (ritmo inicial desfibrilable 63%); 43 pacientes fueron dados de alta (mortalidad intrahospitalaria 43%), el 86% de ellos con CPC 1-2. En el seguimiento observamos una mortalidad del 5% y una prevalencia de reingresos del 10% (mediana 29,5 meses; IQR 6,4-68,4). El 22% mantuvieron mal pronóstico neurológico al año. En el análisis multivariante apreciamos una tendencia a menor mortalidad tras el alta en pacientes tratados con HT ($p = 0,071$) y el despertar precoz (antes del día 5) se asoció con CPC 1-2 ($p = 0,042$). No identificamos factores predictores de reingreso.

Conclusiones: Aunque la mortalidad en pacientes en coma post-PCR es elevada, los tratados con HT y dados de alta tienen baja mortalidad y pocos reingresos. El buen pronóstico neurológico al año se asoció con el despertar precoz.

630/77. INFLUENCIA DE LA DIABETES Y DE SU TRATAMIENTO EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Isabel María Jorquera Lozano, Elvira Carrión Ríos,
Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería

Introducción y objetivos: La asociación de diabetes mellitus (DM) e insuficiencia cardíaca (IC) es conocida desde hace años. Nuevos fármacos antidiabéticos han demostrado mejoría pronóstica, sobre todo en la reducción de ingresos por IC. El objetivo es conocer las características epidemiológicas de los pacientes diabéticos con insuficiencia cardíaca ingresados en nuestro hospital.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con DM e IC ingresados en un hospital terciario. Se analizaron características clínicas, tratamiento antidiabético, así como la mortalidad durante el seguimiento.

Resultados: Durante un seguimiento medio de 92 meses, se incluyeron 1.342 pacientes con DM e IC. El 53% eran mujeres con un índice de comorbilidad medio de $5,62 \pm 2,32$ y edad media $77,09 \pm 11$ años. La FEVI media fue del 43,8%. El 46,8% tenía lesión de órgano diana con mal control glucémico (HbA1c media del 7,27%). La mayoría de los pacientes recibían tratamiento con metformina (41,1%), insulina (37%) e iDDP4 (28,9%), siendo el porcentaje de iSGLT2 del 2,8%. La tasa de mortalidad al año fue del 14,6%, asociada de forma significativa a HbA1c, edad, FEVI, índice de comorbilidad de Charlson y a los niveles de pro-BNP ($p < 0,05$).

Conclusiones: Se pone de manifiesto las altas tasas de hospitalización y mortalidad de los pacientes diabéticos con IC. A pesar de las evidencias disponibles en ensayos clínicos, el porcentaje de pacientes con DM2 e IC que se trata con iSGLT-2 es residual, por lo que debemos optimizar su tratamiento y controlar los factores que empeoran su pronóstico.

630/78. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN EL PACIENTE DIABÉTICO: ¿RESPONDEN IGUAL A LA REHABILITACIÓN CARDIACA?

Rocío Martínez Núñez, Fernando Altarejos Salido,
Carlos Barea Sánchez, Luis López Flores
y María del Mar Martínez Quesada

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La diabetes condiciona una enfermedad coronaria más difusa y alto riesgo de recurrencias. Nos propusimos comparar las características de los pacientes diabéticos y no diabéticos con cardiopatía isquémica que realizaron un programa de rehabilitación cardíaca (PRC) y analizar si existen diferencias en sus resultados.

Métodos: Registro observacional, unicéntrico, prospectivo de pacientes que realizaron un PRC en un hospital de tercer nivel en 2020 y 2021. Recogimos características demográficas, clínicas, analíticas y de ergometría de esfuerzo.

Resultados: Incluimos 414 pacientes con edad media 56 ± 9 años, 85% varones, 27% diabéticos, 58% fumadores y 12% con arteriopatía periférica. La principal patología responsable de derivación fue el síndrome coronario agudo (88,7%). Los pacientes diabéticos eran mayores (58 ± 7 frente a 56 ± 9 años; $p = 0,007$) y presentaron peor capacidad funcional inicial ($6,7 \pm 3$ frente a $7,6 \pm 2,6$ MET; $p = 0,003$), sin diferencias en cuanto a género, cardiopatía isquémica precoz, arteriopatía periférica o hábito tabáquico. Los diabéticos presentaron menores cifras de cLDL (54 ± 23 frente a 66 ± 30 mg/dl; $p < 0,001$) y una mayor proporción obtuvo cifras objetivo (<55 mg/dl), aunque presentaron mayores cifras de triglicéridos (136 ± 86 frente a 116 ± 61 mg/dl; $p < 0,001$). El control de presión arterial y mejoría en escalas de calidad de vida y capacidad funcional fueron similares.

Conclusiones: Los pacientes diabéticos presentan peor capacidad funcional al inicio del PRC, con mejoría similar en calidad de vida y capacidad funcional. En cambio, presentan distinto perfil analítico, con menores cifras de LDL y mayores de triglicéridos. Cabría aclarar si las cifras de LDL corresponden a partículas pequeñas y densas y, por tanto, a mayor riesgo aterogénico.

630/79. LA TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ¿QUÉ TIPO DE PACIENTE LA PRECISA Y CUÁL ES SU IMPACTO PRONÓSTICO?

Rocío Martínez Núñez, Luis López Flores, Carlos Barea Sánchez, Néstor García González y Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La terapia sustitutiva renal (TSR) es una técnica al alza en las unidades de críticos cardiológicos (UCC). Nos propusimos comparar las características basales, complicaciones y pronóstico de pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) que precisaron TSR durante su ingreso, respecto a los que no.

Métodos: Análisis observacional, retrospectivo del registro ARIAM de pacientes con SCA ingresados en la UCC de un centro de tercer nivel entre enero de 2011 y enero de 2022. Se compararon los que precisaron TSR durante su ingreso, por enfermedad renal crónica o deterioro agudo periinfarto, frente al resto.

Resultados: Se incluyeron 2.849 pacientes, precisando 59 (2,1%) TSR durante su ingreso. Estos presentaron más frecuentemente SCA sin elevación del ST (el 69,5 frente al 37,6%; $p < 0,001$), enfermedad multivascular (el 41,1 frente al 16,5%; $p < 0,001$), score Killip-Kimball III o IV (el 36,9 frente al 11,3%; $p < 0,001$) y mayor estancia media hospitalaria (44 frente a 14 días; $p < 0,001$). Durante el ingreso tuvieron mayor incidencia de fibrilación auricular (el 30,2 frente al 13,1%; $p < 0,001$), sangrados (el 20,8 frente al 10%; $p < 0,001$), ictus (el 6,8 frente al 1,2%; $p = 0,007$), parada cardiorrespiratoria periinfarto (el 18,6 frente al 10,3%; $p = 0,039$) y fallecimiento intrahospitalario (el 30,5 frente al 5,9%; $p < 0,001$). Se realizó un análisis multiva-

riado en el que la TSR no fue predictor independiente de mortalidad al corregir por otros factores (sexo, edad, diabetes mellitus, score GRACE y CRUSADE, SCACEST, multivascular, Killip-Kimball).

Conclusiones: Los pacientes con SCA que precisan TSR durante su ingreso presentan un perfil de mayor riesgo, peor pronóstico intrahospitalario, mayor estancia media y más complicaciones. No obstante, al corregir por otros factores, la TSR no se comporta como predictor independiente de mortalidad.

630/80. ENDOCARDITIS POR LACTOBACILLUS RHAMNOSUS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

José Alejandro Claros Ruiz¹, Carlos Sánchez Sánchez¹, Miriam Ana Jiménez González¹, Daniel Jesús Salazar Rodríguez² y Antonio José Plata Ciezar²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga. ²Unidad de Infectología, Hospital Universitario Regional de Málaga, Málaga.

Introducción y objetivos: *Lactobacillus* spp. forman parte de la flora comensal del tracto genitourinario y gastrointestinal. Rara vez son patógenos en humanos sin factores predisponentes, pero se han visto implicados como agente etiológico en múltiples patologías.

Métodos: Se han recogido todos los casos publicados en PubMed desde 1984 de endocarditis por *Lactobacillus rhamnosus*, realizando una búsqueda bibliográfica con los términos "endocarditis", "lactobacillus" y "rhamnosus".

Resultados: Desde 1984 solo se han comunicado 22 casos de endocarditis por *L. rhamnosus*. De entre sus características cabe destacar la posible asociación de estos procesos con presencia de cardiopatía estructural, procedimientos invasivos odontológicos o digestivos y el uso de probióticos, sin evidencia al respecto, así como ausencia de asociación con inmunosupresión. Los pacientes suelen debutar con fiebre y soplo de nueva aparición a la exploración, y las válvulas más frecuentemente afectadas son la aórtica y la mitral. El antibiograma muestra resistencia a vancomicina en la mayoría de los casos, y el tratamiento con 2 antibióticos durante 6 semanas es lo más habitual en estos casos en la práctica clínica, siendo necesaria la cirugía en más de la mitad de los casos.

Conclusiones: Este caso permitiría concluir que el crecimiento de *Lactobacillus* spp. en hemocultivos no debería pasar desapercibida en la práctica clínica habitual. Y también podría plantear la necesidad de evaluar la presencia de cardiopatía estructural, procesos odontológicos e incluso el seguimiento ambulatorio en pacientes que inicien la toma de probióticos para evitar así el posible riesgo asociado, aunque aún falta mucha evidencia y realización de estudios al respecto.

630/82. PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Ada del Mar Carmona Segovia¹, María Victoria Doncel Abad², Jorge Rodríguez Capitan², Ana Isabel Molina Ramos², Víctor Manuel Becerra Muñoz², Francisco Javier Pavón¹, Dina Medina Vera¹, Laura Martín Chaves¹, María Flores Lopez¹ y Manuel Jiménez Navarro²

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte en países desarrollados, y la atención

sanitaria debe centrarse en estrategias de prevención. Lo objetivos son describir la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes mayores de 70 años que hospitalizan por un síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Con 108 pacientes mayores de 70 años con SCA que son hospitalizados en un hospital de tercer nivel.

Resultados: 108 participantes; 64,8% hombres (70); 8,3% fumadores, 52,8% (57) exfumadores. IMC media $28,54 \pm 4,58$ (38% obesidad y 31,5% sobrepeso). El 72,2% con diagnóstico HTA y el 38,9% con DM. HbA1c media $6,38 \pm 1,16$ ($17,6\% \geq 7\%$ HbA1c). LDL media $84,42 \pm 35,1$ ($76,9\%$ LDL $> 55\text{mg/dl}$).

Conclusiones: En la literatura está ampliamente descrita la relación entre los factores de riesgo cardiovascular y la incidencia del SCA. En la muestra estudiada, se observa una alta prevalencia de ellos. La prevención primaria debe ser la base que sostenga los servicios de salud, basada en la modificación de estilos de vida, promoción y educación para la salud. Para así prevenir eventos de salud que desembocan en una afectación del nivel de salud y un mayor gasto sanitario. Una vez ocurrido el evento cardiovascular, se deberían centrar los esfuerzos en la prevención secundaria para mejorar la calidad de vida y la adaptación al medio. Una conexión directa de los servicios de cardiología con enfermería de atención primaria y la prescripción farmacológica adecuada, podrían obtener un mejor control del estado de salud, calidad de vida y evitación de reingresos.

630/83. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Miriam Parra Rubio, Beatriz Girela Pérez
y Soraya Muñoz Troyano

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo desarrollado. Varios estudios manifiestan diferencias en los FRCV y la mortalidad del SCA en función del sexo. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características clínicas y demográficas de las mujeres con SCA en nuestro medio.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados por SCA en un hospital de tercer nivel. Se analizaron las características demográficas, las clínicas y la mortalidad cardiaca según el sexo.

Resultados: Se incluyeron 398 pacientes ingresados por SCA durante 20 meses de seguimiento. El 25,4% eran mujeres con edad media de 73 ± 10 años (+9 años con respecto a hombres). Las mujeres presentaban mayor prevalencia de HTA (79,4%) y obesidad (28,4%) y menor prevalencia de antecedentes familiares de cardiopatía isquémica prematura, así como una mayor presentación en forma de SCASEST (el 64,7 frente al 49,3% en hombres). Se objetivó mayor prevalencia de enfermedad de 3 vasos (21,5%) y de disección coronaria (5%) con respecto a los hombres. La mortalidad cardiaca fue del 9,8% en mujeres frente a un 4,7% en hombres, sin objetivarse una asociación significativa entre el sexo y la mortalidad durante el ingreso ni en el seguimiento ($p > 0,05$).

Conclusiones: En nuestro estudio se objetivan diferencias entre el sexo y la presencia de FRCV y la forma de presentación del SCA, con mayor mortalidad en las mujeres. Es necesario seguir profundizando en las diferencias de género en el SCA, creando programas para mejorar la identificación precoz del SCA en la mujer y conseguir la mejor optimización de su tratamiento.

630/84. EFECTO DEL COVID SOBRE EL DIAGNÓSTICO DEL SCACEST EN EL PACIENTE JOVEN

Marta Pelaz Sánchez, Diego Félix Arroyo Moñino,
Carlos Barea Sánchez, Juan Carlos García Rubira
y Néstor García González

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La cardiopatía isquémica es cada vez más prevalente en nuestro medio en pacientes jóvenes, pero la actual pandemia podría haber afectado esta situación. Por ello, nuestro objetivo es analizar la posible influencia de dicha pandemia y la infección por SARS-CoV-2 en la prevalencia y patogenia de la cardiopatía isquémica en dicha población.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, descriptivo y retrospectivo. Se recogieron pacientes de edad de 45 años o menos que ingresaron en la unidad coronaria entre abril de 2010 y febrero de 2022. Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas, diagnósticas y de complicaciones. Se llevó a cabo seguimiento a través de la plataforma del Sistema Andaluz de Salud.

Resultados: Se incluyeron un total de 198 pacientes. Uno (0,5%) había sido diagnosticado de SARS-CoV-2 previamente, siendo el diagnóstico más de 2 semanas antes del ingreso por SCACEST. El número de ingresos en ambos años de pandemia fue de 17 por año, sin observarse diferencias con respecto a años previos. En el año actual, las proyecciones respecto a los 2 primeros meses podrían incluso superar a otros años.

Conclusiones: No hubo diferencias significativas en cuanto al número de ingresos de pacientes jóvenes con SCACEST en los 2 años tras inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 respecto a años anteriores. En el año actual, las proyecciones respecto a los 2 primeros meses podrían incluso superar a otros años. No se observó influencia del COVID-19 en el diagnóstico de SCACEST, solo un paciente había presentado infección previa, siendo además fuera del periodo inflamatorio de la enfermedad.

630/85. RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES CON CONTRAINDICACIÓN PARA ANTICOAGULACIÓN

Cecilia Prados Murcia, Sebastián Rufián Andújar,
José Miguel Carreño Lineros, Pastor Luis Pérez Santigosa,
Sara Ballesteros Pradas, Francisco Sánchez Burguillos
y Francisco Javier Molano Casimiro

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) constituye una alternativa terapéutica para aquellos pacientes con fibrilación auricular y contraindicación para anticoagulación. El objetivo de nuestro estudio es analizar los resultados a largo plazo de la intervención en este subgrupo de pacientes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes sometidos a CPOI por contraindicación de anticoagulación en nuestro centro entre enero de 2015 y junio de 2021. Se describen características clínicas basales, del procedimiento y eventos durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes. Edad media 72,8 años. El 59,5% varones. El CHA2DS2-VASc medio era de $4,5 \pm 1,1$, HAS-BLED de $3,7 \pm 1,1$. En el 19%, la indicación CPOI era haber sufrido una hemorragia intracraneal y en el 54,8%, sangrado digestivo mayor. El procedimiento fue exitoso en 40 pacientes (95%), con un único caso de derrame pericárdico intraprocedimiento, que no requirió pericardiocentesis. Los dispositivos

utilizados fueron Amplatzer Amulet™ (38), Amplatzer Cardiac Plug™ (2), y Lambre™ (2). No se objetivaron leaks significativos intraprocedimiento ni a corto plazo. El 55% de los pacientes fueron dados de alta con doble antiagregación. El 37,5% recibió monoantiagregación, siendo interrumpida en 11 pacientes a largo plazo. En el seguimiento a largo plazo, con una mediana de 33 (12-57) meses, fallecieron 8 pacientes. Se produjo un AVC isquémico en 3 pacientes, AVC hemorrágico en 1 paciente y sangrado digestivo mayor en 12 pacientes.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes el CPOI resultó seguro a corto plazo, con una baja tasa de AVC isquémicos en seguimiento a largo plazo.

630/86. CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA: RESULTADOS ASISTENCIALES

Miguel Ángel Montilla Garrido, Carmen Lluch Requerey, Ana Manovel Sánchez, Ana López Suárez y Antonio Enrique Gómez Menchero

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: El cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) es considerado una intervención no farmacológica eficaz en la estrategia de prevención de ictus en pacientes con FANV y alto riesgo de sangrado. Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro tras 1 década de experiencia como procedimiento de evaluación interna.

Métodos: Se analizaron los pacientes a los que se realizó CPOI durante 2013-2022. Se describen parámetros clínicos —indicación, tratamiento—, técnicos —dispositivo— y de resultado —visitas a urgencias/hospitalizaciones durante 12 meses pre y postimplante en pacientes con hemorragias digestivas (HD).

Resultados: Del total de 116 pacientes, el motivo de intervención fue principalmente AVC hemorrágico ($n = 45$, 39,3%) y HD ($n = 25$, 21,4%). En 62 (53,4%) se utilizó dispositivo Amplatzer-Amulet y en 54 (46,6%) Watchman. Al alta, 71 pacientes tomaban doble antiagregación (61,2%), 21 ACOD (18,1%) y 12 antiagregación simple (10,3%). Hubo un fallecimiento perintervencionismo de causa desconocida y 3 casos de trombosis de dispositivo resuelta eficazmente. De los pacientes intervenidos por HD, la media de visitas a urgencias/hospitalizaciones por sangrado durante el año posterior al CPOI fue significativamente menor ($2,82 \pm 1,91$ frente a $0,51 \pm 0,4$; $p < 0,001$). No se han registrado ictus posprocedimiento.

Conclusiones: En la valoración de resultados del CPOI en nuestro centro se observa que es una intervención segura y eficaz en prevención de ictus y disminución del riesgo de sangrado. La significativa reducción de hospitalizaciones/visitas a urgencias por HD en estos pacientes sugiere además que es una medida eficiente para nuestro sistema sanitario.

630/87. SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN TIEMPOS DE COVID-19, ¿NOS AFECTA? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Iria Ruth Martínez Primoy, Jesús Carmona-Carmona, Diego Félix Arroyo-Moñino, Inés Sayago-Silva, Néstor García-González y Juan Carlos García-Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La pandemia de COVID-19 ha causado millones de muertes directas e indirectas, empeorando el pronóstico de múltiples procesos, incluido el síndrome coro-

nario agudo (SCA). El objetivo es analizar esta influencia en nuestra población con SCA.

Métodos: Estudio observacional analítico, de pacientes ingresados en nuestra Unidad Coronaria por SCA el año de pandemia (AP: 15-3-2020 a 14-3-2021), comparados con los ingresados por SCA los 2 años anteriores (AA: 15-3-2018 a 14-3-2020). Dividimos AP en 4 grupos, según las principales olas: grupo1 (G1), 15-3-2020 a 31-5-2020; G2, 1-6-2020 a 31-8-2020; G3, 1-9-2020 a 30-11-2020, y G4, 1-12-2020 a 14-3-2021. Comparamos cada grupo con AA. Tiempos en minutos (mediana; intervalo intercuartílico).

Resultados: Incluimos 705 pacientes, 257 en AP y 448 en AA. Tasa de ingresos: 0,61 pacientes/día en AA y 0,70 pacientes/día en AP. Por periodos: 0,56, 0,64, 0,83 y 0,76 pacientes/día en G1, G2, G3 y G4, respectivamente. Del total, 457(64,8%) pacientes presentaron SCACEST. Edad media: $63,10 \pm 12,34$ años; el 73,9% fueron hombres. Sin diferencias significativas entre grupos de estudio ni subgrupos. No diferencias significativas en perfil de riesgo (FRCV/antecedentes) ni en marcadores de riesgo al ingreso (TIMI/CRUSADE/TAS/FC). Un 28,8% de pacientes de AP ingresaron 48 h después del inicio de los síntomas, frente al 12,9% en AA ($p < 0,001$). Diferencia mayor en SCACEST (el 29,9% AP frente al 9,3% AA; $p < 0,001$) que en SCASEST (el 26,7% AP frente al 19,6% AA; $p > 0,05$). En SCACEST hubo retraso del 1.º contacto médico (76 min [30; 238] AP frente a 48 min [25; 138] AA; $p < 0,05$), pero no en acceso al hospital o ICP-primaria. En SCASEST hubo retraso del 1.º contacto (143 min [44; 775] AP frente a 69 min [30; 243] AA; $p < 0,05$) y del acceso al hospital (241 min [136; 1.417] AP frente a 176 min [94; 473] AA; $p < 0,05$), no en tiempo a angiografía. En G1, un 14,3% SCACEST no fueron tratados en agudo, un 82,1% recibió ICP y un 3,6% fibrinólisis, frente al 3,8, 8,9, 7,2%, respectivamente en AA ($p < 0,05$). Además, en G1: el 51,2% presentó FEVI preservada, el 31,7% disfunción ligera, el 4,9% moderada y el 12,2% severa, frente al 59,6, 11,4, 19,5 y 9,5%, respectivamente en AA ($p < 0,05$). Sin otras diferencias entre subgrupos. No diferencias entre grupos en tasa de complicaciones o supervivencia, la hospitalización se acortó en AP ($11,04 \pm 30,08$ días frente a $17,69 \pm 51,47$ días en AA).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la pandemia retrasó el tiempo al 1.º contacto médico en SCA, pero acortó tiempos intrahospitalarios. No encontramos diferencias significativas del perfil epidemiológico o de resultados clínicos, tampoco entre olas.

630/88. IMPLANTE TRANSCATÉTER DE VÁLVULA AÓRTICA EN HOSPITAL SIN SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

José Antonio Aparicio Gómez, Isabel María Jorquera Lozano, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La patología valvular aórtica es una patología frecuentemente asociada a la edad avanzada y, con ello, a pacientes frágiles que presentan un riesgo quirúrgico difícilmente asumible. Debido al avance de las técnicas percutáneas, el implante valvular aórtico transcatóter (TAVI) toma cada vez mayor fuerza en este tipo de pacientes. Nuestro objetivo es analizar la morbilidad tras TAVI en un centro sin servicio de cirugía cardiovascular.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados para implante TAVI durante un tiempo de seguimiento de 36 meses. Se analizaron características clínicas así como morbilidad durante ingreso y seguimiento posterior.

Resultados: Se incluyeron un total de 73 pacientes que ingresan de forma programada para implante de TAVI en posición

aórtica. El 42,3% eran varones, con una edad media de $83,2 \pm 4,2$ años. La FEVI media de los pacientes fue del 53,4%. El acceso fue femoral en el 100% de los casos usando distintas prótesis (Acurate 56,2%, CoreValve 19,2% y Evolute 24,6%). La tasa de complicaciones durante el procedimiento fue baja, 1,4% ACV, 4,2 IAM y 8,4% complicaciones vasculares. La mortalidad durante el ingreso y seguimiento fueron del 2,74 y 8,2%, respectivamente (siendo el 50% de este último durante ingreso de causa no cardiovascular). Hubo una tasa de reingresos del 5,4% de causa cardiovascular y del 9,5% no cardiovascular. No hubo asociación significativa entre la tasa de complicaciones, mortalidad y reingresos respecto a las variables clínicas estudiadas.

Conclusiones: El implante transcáteter valvular aórtico se demuestra como un tratamiento efectivo y con baja morbimortalidad de la estenosis aórtica en pacientes con fragilidad elevada, incluido en centros sin servicio de cirugía cardiovascular.

630/89. NECESIDAD DE MARCAPASOS TRAS IMPLANTE DE TAVI EN UN HOSPITAL TERCIARIO

José Antonio Aparicio Gómez, Isabel María Jorquera Lozano, Soraya Muñoz Troyano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La estenosis aórtica severa es la valvulopatía adquirida más frecuente. La etiología principal es degenerativa y está asociada, por lo tanto, con la edad avanzada. El implante de válvula aórtica biológica de forma percutánea (TAVI) se establece como alternativa en pacientes desestimados para cirugía por muy alto riesgo quirúrgico. Una de las complicaciones más frecuentes es la aparición de trastornos de conducción, algunos de ellos con necesidad de implante de marcapasos permanente. El objetivo es analizar la incidencia de trastornos de la conducción y necesidad de implante de marcapasos en pacientes sometidos a TAVI.

Métodos: Estudio retrospectivo de una serie de casos, donde se analizan las características clínicas y del procedimiento, así como la aparición de trastornos de la conducción y necesidad de MCP definitivo.

Resultados: Se incluyeron a 73 pacientes con una edad media de 83,2 años que fueron sometidos a implante de TAVI Acurate, CoreValve y Evolute, mediante técnica *cusp overlap*. El 13,9% de los pacientes eran portadores de marcapasos por BAV avanzado previo al procedimiento. El 15,3% precisaron implante de MCP previo al alta por BAV avanzado. En el 7% se objetivó bloqueo de rama izquierda de nueva aparición. No se ha objetivado asociación estadística entre el implante de MCP definitivo y la edad, presencia de FA previa, tipo de prótesis o realización de predilatación (63%) o posdilatación (8,3%) con balón.

Conclusiones: La aparición de nuevos trastornos de la conducción tras implante de TAVI sigue siendo frecuente. Es necesario el análisis y monitorización electrocardiográfica de estos pacientes para un adecuado manejo.

630/90. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN ESTIMULACIÓN HISIANA POR TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN

Elvira Carrión Ríos, Jesús Aceituno Cubero, Miriam Parra Rubio y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La estimulación ventricular a nivel del haz de His es una técnica que permite una secuencia de activación auriculoventricular fisiológica evitando los posibles efectos deletéreos de la estimulación a nivel del ápex. El objetivo de este estudio es describir una serie de casos y los resultados obtenidos.

Métodos: Estudio descriptivo de una serie de casos en los que se aplica la técnica de implante de marcapasos con electrodo en el haz de His. Se describen características de los pacientes, aspectos relacionados con la técnica y resultados del procedimiento.

Resultados: Desde junio de 2019 hasta febrero de 2022 se realizaron 48 implantes de dispositivos con electrodo en el His en pacientes con indicación de estimulación por trastorno de conducción. La edad media fue 69,2 años, el 69% varones. Del total, 24 fueron indicados por bloqueo AV de alto grado sintomático. La media de duración del QRS previo al implante fue de 129,5 ms y la media de QRS postestimulación fue de 115,1 ms. El tiempo medio de escopia fue de 11 min. Tras el procedimiento no se han producido complicaciones, salvo un caso de insuficiencia cardíaca en el contexto de infección respiratoria.

Conclusiones: La estimulación hisiana como método de estimulación en trastornos de conducción, es una técnica segura y eficaz. No conlleva un aumento de las complicaciones ni del tiempo de escopia y podría suponer una mejora para los pacientes, al mantener la estimulación por el propio sistema de conducción evitando así el riesgo de disfunción por asincronía ventricular.

630/91. HEART TEAM EN TIEMPOS DE PANDEMIA: UNA VISIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA COVID-19

María Victoria Alférez Zamora, Isabel García Olea, Elvira Carrión Ríos y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La pandemia del SARS-CoV-2 ha supuesto un gran impacto a nivel sanitario. Esta excepcional situación ha repercutido también en el funcionamiento del Heart Team (HT), una herramienta muy útil para la discusión y toma de decisiones. Nuestro objetivo es comparar el funcionamiento del HT virtual en un hospital de tercer nivel antes y después de la pandemia de COVID-19.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo en el que se han comparado los datos de 178 pacientes presentados desde enero de 2019 hasta septiembre de 2019 frente a los 89 propuestos entre agosto de 2020 hasta marzo de 2021.

Resultados: El volumen total de pacientes comentados ha sido menor (un 9,1% menos), aunque aumenta un 8,9% los pacientes que son aceptados para intervención quirúrgica. Destaca un aumento en la proporción de hombres presentados (61,8%) respecto al año anterior (18,6%). Se objetiva un aumento en la prevalencia de enfermedad coronaria (el 27 frente al 38,2%). En cuanto a la mortalidad postoperatoria ha habido un leve aumento del 1,12%, de forma inversa a la tasa de reingreso, que disminuyó en proporción similar. El tiempo desde la intervención hasta la siguiente consulta de revisión ha aumentado de 67,6 a 74,42 días.

Conclusiones: Tras esta pandemia ha sido inevitable el cambio en las dinámicas de trabajo, de funcionamiento de unidades interdisciplinares y el impacto sobre los pacientes. A pesar de estos cambios, el HT virtual ha continuado siendo una herramienta eficiente con resultados similares en ambos periodos.

630/92. RESINCRONIZACIÓN CARDIACA MEDIANTE ESTIMULACIÓN HISIANA: UNA SERIE DE CASOS

Elvira Carrión Ríos, Miriam Parra Rubio, Jesús Aceituno Cubero, Carlos Federico Gómez Navarro y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La resincronización cardiaca (TRC) mediante estimulación hisiana es una técnica alternativa a la estimulación clásica biventricular a través del seno coronario (SC), que ha demostrado disminuir la anchura del QRS y mejorar FEVI. El objetivo de este estudio es describir una serie de casos y los resultados obtenidos.

Métodos: Estudio descriptivo de una serie de casos con implante electrodo en el haz de His por indicación de TRC. Se describen características de los pacientes, aspectos relacionados con la técnica y resultados del procedimiento.

Resultados: Desde junio de 2019 hasta febrero de 2022 se realizaron 11 implantes de dispositivos con electrodo en His con indicación de TRC. La edad media fue 71,5 años, 69% varones. La media de duración del QRS preimplante fue de 141,1 ms y postestimulación de 116,3 ms. La FEVI media previa fue del 33,4% y la posterior del 40,2% (en 10 de los pacientes con control a los 6 meses). El tiempo medio de escopia fue de 15 min. Se ha registrado un caso de derrame pericárdico que requirió pericardiocentesis, con buena evolución posterior. El 80% de los pacientes con control a los 6 meses experimentaron mejoría clínica.

Conclusiones: Los beneficios clínicos de la resincronización mediante marcapasos biventricular son notables. Sin embargo, en ocasiones esta técnica no es factible por la inaccesibilidad al SC, la inestabilidad del electrodo o la estimulación del nervio frénico. La estimulación hisiana supone otra técnica eficaz, que disminuye la duración del QRS y mejora la FEVI de los pacientes con disincronía ventricular.

630/93. ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO DEL HEART TEAM DESDE UN HOSPITAL SIN CIRUGÍA CARDIACA

Isabel García Olea, María Victoria Alferez Zamora, Isabel María Jorquera Lozano y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: El Heart Team es un grupo de expertos formado por cardiólogos (clínicos e intervencionistas) y cirujanos cardíacos. Su objetivo es ofrecer la mejor alternativa para los pacientes cardiopatas subsidiarios de tratamiento quirúrgico. En nuestro hospital, el Heart Team se reúne de forma telemática semanalmente. Los objetivos son analizar el funcionamiento del Heart Team desde un hospital de tercer nivel que no cuenta con servicio de cirugía cardíaca.

Métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo en el que se ha recogido información de pacientes presentados durante 8 meses.

Resultados: Se han estudiado 89 pacientes, que fueron presentados desde agosto de 2020 hasta marzo de 2021. Un 38,2% fueron mujeres, un 61,8% hombres y la edad media fue 68,73 años. Se aceptaron para cirugía 64 pacientes, 16 fueron propuestos para TAVI, en 5 se optó por revascularización percutánea y 2 fueron rechazados por alto riesgo quirúrgico. El 82,02% de los pacientes presentaban valvulopatía, siendo la más prevalente la estenosis aórtica severa (35,62%). El 38,2% padecía enfermedad coronaria, requiriendo revascularización quirúrgica un 15,63%. La mortalidad en los primeros 30

días fue del 5,62%, la tasa de reingreso del 6,74 y el 42,19% de los pacientes fueron revisados en menos de 2 meses.

Conclusiones: El Heart Team constituye una herramienta útil para la toma conjunta de decisiones sobre pacientes con patologías cardíacas susceptibles de tratamiento quirúrgico. El formato virtual es una opción válida para aquellos hospitales que no cuentan con servicio de cirugía cardíaca.

630/95. FACTORES GENÉTICOS Y HEMODINÁMICOS DE AORTOPATÍA BICÚSPIDE EN UN MODELO ANIMAL

Laura Martín Chaves¹, Bárbara Pozo Vilumbrales², María Teresa Soto Navarrete², Miguel Ángel López Unzu³, Ada del Mar Carmona Segovia¹, Javier Pavón Morón⁴, Jorge Rodríguez Capitan⁵ y Borja Fernández Corujo²

¹Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga. ²Universidad de Málaga, Málaga. ³CNIC, Madrid. ⁴Nicolas Monardes, IBIMA, Málaga. ⁵Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: La válvula aórtica bicúspide (VAB) se asocia a la dilatación de la aorta ascendente en la denominada aortopatía bicúspide, que resulta de defectos morfogénéticos causantes de anomalías en la estructura valvular y en la pared arterial. La hemodinámica alterada por la anomalía valvular acelera la degeneración arterial en el adulto. El único tratamiento efectivo es la cirugía, con el diámetro aórtico como principal criterio clínicoquirúrgico. Hoy se busca estratificar la enfermedad e identificar biomarcadores de predisposición y progresión de la patología.

Métodos: Disponemos de un modelo animal (hámster, cepa T) con alta (40%) incidencia de VAB, que presenta el sustrato histopatológico de la aortopatía humana, pero no desarrolla la enfermedad. Para identificar marcadores asociados a factores genéticos y hemodinámicos hemos cuantificado y comparado el proteoma aórtico en animales T-VAB, T-VAT y H (cepa control) mediante espectrometría de masas.

Resultados: De las 2.296 proteínas identificadas, 23 (1%) presentaban una expresión diferencial significativa asociada a factores genéticos (T frente a H) y 90 (3,9%) a factores hemodinámicos (VAB frente a VAT). De estas 113 proteínas, 30 (1,3%) fueron previamente identificadas como biomarcadores de aortopatía humana. El análisis de enriquecimiento indica que las proteínas expresadas diferencialmente se concentran en vías moleculares y procesos biológicos relevantes en la etiopatología de la enfermedad (vías de señalización TGFβ y Wnt, regulación de la matriz extracelular, adhesión celular, estrés oxidativo, apoptosis).

Conclusiones: Aportamos nuevos marcadores candidatos de aortopatía bicúspide y un modelo preclínico de predisposición para el estudio de factores genéticos y hemodinámicos implicados en el desarrollo de la enfermedad.

630/96. DATOS EN VIDA REAL SOBRE LA SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN NUESTRO MEDIO DEL IMPLANTE DE UN DAI EN PACIENTES CON CANALOPATÍAS Y MIOCARDIOPATÍAS HEREDITARIAS

Emilio José Amigo Otero, Jesús Díaz Gutiérrez, Manuel Luque Pérez, María Teresa Moraleda Salas, Irene María Esteve Ruíz, Álvaro Arce León, José Venegas Gamero y Pablo Moriña Vázquez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La indicación de implante de DAI en pacientes con canalopatías y miocardiopatías hereditarias,

especialmente en prevención primaria, está aún a día de hoy en constante revisión y no exento de complicaciones.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes portadores de canalopatías/miocardiopatías hereditarias con implante de DAI entre enero de 2009-diciembre de 2020. El objetivo del estudio es analizar las complicaciones (agudas y en el seguimiento) derivadas del implante, así como los eventos tratados en el seguimiento. Variables expresadas en mediana y percentil 25-75.

Resultados: Incluimos 50 pacientes con implante de DAI (60% varones, edad 50 [38-67], FEVI basal 61,5 [41,2-70]. En prevención primaria (PP), 26% (n = 13) por miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO), 14% (n = 7) por miocardiopatía no compactada (MCNC), 14% (n = 7) por síndrome de Brugada, 4% (n = 2) por QT largo, y 2% (n = 1) por displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD). En prevención secundaria (PS), 8% (n = 4) por MHO, 4% (n = 2) por síndrome de Brugada, 28% (n = 14) por FV idiopática. No hubo eventos apropiados en el seguimiento en el QT largo, la MCNC y el síndrome de Brugada. Hubo 3 descargas inapropiadas (2 en PP en síndrome de Brugada y 1 en PS de FV idiopática). La complicación más frecuente fue la dislocación del electrodo, que ocurrió en 5 pacientes (10%).

Conclusiones: En prevención primaria, la MHO es la indicación más frecuente, con un NNT de 7 para evitar una muerte. En el resto de patologías estudiadas, la rentabilidad tiene menor fuerza, con un número no desdeñable de complicaciones. Dada las características del estudio, sería necesario un mayor número de pacientes para conclusiones más robustas.

630/98. EXPERIENCIA INICIAL DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN LA TERAPIA CON DISPOSITIVOS DE MODULACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD CARDIACA

Elvira Carrión Ríos, Jesús Aceituno Cubero, Isabel María Jorquera Lozano, Carlos Federico Gómez Navarro y Ricardo Fajardo Molina

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: La electromodulación cardiaca (CCM) constituye una terapia novedosa para pacientes con insuficiencia cardiaca (IC), mal grado funcional y QRS estrecho. Consiste en optimizar la eficiencia del metabolismo del calcio aplicando estímulos eléctricos a nivel endocárdico durante el periodo refractario absoluto.

Métodos: Estudio descriptivo de una serie de casos en los que se aplica la técnica de CCM a pacientes con IC, tratamiento óptimo (TMO) y clase funcional II-III NYHA, con QRS estrecho. Se describen características de los pacientes, aspectos relacionados con la técnica y resultados del procedimiento.

Resultados: Desde junio de 2021 hasta la fecha se realizaron 2 implantes de dispositivos CCM. Ambos casos con miocardiopatía dilatada de origen isquémico con disfunción moderada, sintomáticos a pesar de TMO. Ambos con QRS estrecho. La edad media fue de 71 años, un varón y una mujer. Los electrodos proximales presentaron una media de sensado de 7 mV con una impedancia de 983 Ω (ohmios), y los distales un sensado de 10 mV con una impedancia de 824 Ω . La estimulación se programó a 7,5 mV a 1,5 ms. A los 6 meses han experimentado una mejoría de su clase funcional, de III a I-II de la NYHA. Uno de los pacientes ha normalizado la FEVI.

Conclusiones: La terapia con CCM puede suponer una alternativa segura en pacientes sintomáticos con IC a pesar de TMO y QRS estrecho. Nuestra experiencia inicial va acorde con los ensayos previos que demuestran su papel en la mejoría en la calidad de vida, la clase funcional y mejoría de FEVI.

630/99. SUSPENSIÓN DE SACUBITRILLO/VALSARTÁN EN PACIENTES CON IC: ANÁLISIS DE SUS CAUSAS E IMPLICACIÓN

Carlos Palacios Castelló¹, Antonio Grande Trillo¹, Carmen González de la Portilla¹, Ignacio Sáinz Hidalgo¹, Silvia Gómez Moreno¹, Juan Antonio Sánchez Brotons¹, Inés Sayago Silva², Antonio Delgado Ariza¹ y Gonzalo Barón-Esquivias¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Una proporción de pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-Fer) que reciben tratamiento con sacubitrilo/valsartán se ve obligada a abandonar el fármaco en el seguimiento. Nuestro objetivo es analizar las causas de la suspensión y estudiar la repercusión pronóstica consecuente.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ambulatorios con IC-Fer que iniciaron tratamiento con sacubitrilo-valsartán desde noviembre de 2016 a enero de 2021 en un centro de tercer nivel y realizaron seguimiento de forma ambulatoria. Se dividió la muestra en 2 grupos, en función de la suspensión o no el fármaco. Analizamos las causas y comparamos la supervivencia de ambos grupos.

Resultados: Se analizaron 419 pacientes con una mediana de seguimiento de 34 meses. Los pacientes que suspendieron el fármaco tuvieron una menor probabilidad de recuperar función ventricular (el 12,7 frente al 31,6%; p = 0,001). Además, el grupo que suspendió el fármaco concentró el 29% de la mortalidad de la serie.

Conclusiones: El grupo que abandonó el fármaco obtuvo una menor probabilidad de recuperar función ventricular y una peor supervivencia, si bien se trata de un grupo de mayor riesgo, con peor clase funcional basal, anemia y demencia.

630/100. FEVI MEJORADA TRAS SACUBITRILLO-VALSARTÁN: PREDICTORES Y PRONÓSTICO

Carlos Palacios Castelló¹, Antonio Grande Trillo¹, Carmen González de la Portilla¹, Ignacio Sáinz Hidalgo¹, Silvia Gómez Moreno¹, Juan Antonio Sánchez Brotons¹, Inés Sayago Silva², Antonio Delgado Ariza¹ y Gonzalo Barón-Esquivias¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: El sacubitrilo/valsartán ha demostrado incrementar la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en diversos ensayos. Esta respuesta, mayor en algunos subgrupos, asocia un mejor pronóstico, aunque los pacientes con FEVI mejorada están infrarrepresentados en los estudios. Nuestro objetivo es determinar los predictores asociados a una mejoría de la FEVI tras inicio del sacubitrilo/valsartán y valorar la repercusión pronóstica consecuente.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con IC-Fer que iniciaron tratamiento con sacubitrilo-valsartán desde noviembre de 2016 a enero de 2021 en un centro de tercer nivel ambulatoriamente. Se definió FEVI mejorada en aquellos pacientes con FEVI basal < 40%, que experimentaron una mejoría de al menos el 10%, con una segunda medida de FEVI > 40%. Analizamos los predictores de mejoría de FEVI y una variable pronóstica combinada de mortalidad e ingresos por insuficiencia cardiaca.

Resultados: Se analizaron 419 pacientes con una mediana de seguimiento de 34 meses.

Conclusiones: Los pacientes no isquémicos y, sobre todo, con menor tiempo de evolución de la IC-FEr asocian mayor mejoría de FEVI, lo cual además claramente modifica el pronóstico de estos pacientes. Ello apoya la importancia de un inicio precoz del fármaco, único factor *a priori* controlable por el clínico. Por otro lado, estos pacientes no están exentos de morbimortalidad como se aprecia, por lo que es una población que continúa precisando seguimiento y sobre la que se necesitan mayores conocimientos.

630/101. CARACTERÍSTICAS BASALES Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE SEVERA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE NUESTRO MEDIO

Ana Fernández Ruiz

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo fue analizar las características basales y el pronóstico de los pacientes con insuficiencia tricúspide severa (ITSEV) en un hospital universitario de nuestro medio.

Métodos: Se seleccionó retrospectivamente una muestra aleatoria de todos los pacientes > 18 años con ITSEV estudiados con ecocardiografía del 1-1-2008 al 31-12-2017. Se realizó un estudio descriptivo de las características basales y se analizaron los eventos al seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 189 pacientes (edad 69 ± 13 años, 79% mujeres). Presentaron hipertensión arterial 127 pacientes (67%), dislipemia 68 (36%), diabetes mellitus 60 (32%), patología respiratoria crónica 14 (7%) y fibrilación auricular (FA) 152 (80%). Tenían enfermedad coronaria 22 pacientes (11%), miocardiopatía 26 (14%) y valvulopatía izquierda significativa (al menos moderada) 135 (71%). El mecanismo fue afectación orgánica de los velos en 28 casos (15%); relacionada con electrocatéteres en 29 (15%); recidiva tras anuloplastia tricúspide en 10 (5%) y funcional en 122 (65%). Un 31% había sido ingresado por insuficiencia cardiaca previamente y el 19% estaba en grado funcional III-IV a la inclusión. Un 60% presentó dilatación y un 41%, disfunción del ventrículo derecho. Tras 5 ± 3 años de seguimiento, 80 pacientes presentaron 177 ingresos por insuficiencia cardiaca y 103 fallecieron. Solo 19 pacientes fueron intervenidos en el seguimiento. La probabilidad de supervivencia a 5 años fue del 56%, y la de supervivencia libre de ingreso por insuficiencia cardiaca, del 42%.

Conclusiones: La ITSEV ocurre predominantemente en mujeres hipertensas con valvulopatía izquierda significativa y FA, y con mecanismo funcional. El pronóstico es sombrío, y se requieren urgentemente nuevos abordajes terapéuticos que puedan mejorarlo.

630/102. PREDICTORES DE MORTALIDAD E INGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE SEVERA

Ana Fernández Ruiz

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo fue investigar los predictores de mal pronóstico en pacientes con insuficiencia tricúspide (IT) severa en un hospital universitario de nuestro medio.

Métodos: Se seleccionó retrospectivamente una muestra aleatoria de todos los pacientes > 18 años con IT severa estudiados con ecocardiografía del 1-1-2008 al 31-12-2017. Se investigaron los predictores independientes del objetivo

compuesto de muerte o ingreso por insuficiencia cardiaca (IC) por el método de los riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: Se incluyeron 189 pacientes (edad 69 ± 13 años, 79% mujeres). Tras 5 ± 3 años de seguimiento, 80 pacientes presentaron 177 ingresos por insuficiencia cardiaca y 103 fallecieron. La probabilidad de supervivencia libre de ingreso por IC fue del 75, 55 y 42% a los 1, 3 y 5 años. Los predictores independientes del objetivo compuesto de muerte o IC fueron el sexo femenino (HR: 0,40; IC95%, 0,23-0,70; $p = 0,001$), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (HR: 0,31; IC95%, 0,12-0,77; $p = 0,01$), la fibrilación auricular (HR: 3,16; IC95%, 1,66-6,03; $p < 0,0005$), el ingreso previo por ICC (HR: 1,92; IC95%, 1,28-2,90; $p = 0,002$), el edema periférico en la visita basal (HR: 1,91; IC95%, 1,22-2,98; $p = 0,005$), la hemoglobina basal (HR: 0,81; IC95%, 0,72-0,92; $p = 0,001$), la IT torrencial (HR: 8,41; IC95%, 1,69-41,91; $p = 0,009$), la velocidad máxima de la señal de IT en m/s (HR: 2,11; IC95%, 1,49-2,98; $p < 0,0005$), el mecanismo de la IT ($p = 0,001$) y el empleo de diuréticos basales (HR: 2,47; IC95%, 1,09-5,62; $p = 0,03$).

Conclusiones: La IT severa presenta una supervivencia libre de IC muy baja a medio plazo. Factores clínicos y ecocardiográficos permiten identificar los subgrupos con peor pronóstico.

630/103. IMPACTO PRONÓSTICO DEL MECANISMO DE LA INSUFICIENCIA TRICÚSPIDE SEVERA EN UNA SERIE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE NUESTRO MEDIO

Ana Fernández Ruiz, Martín Ruiz Ortiz, María Dolores Mesa Rubio, Adriana Resua Collazo, Consuelo Fernández-Avilés Irache, Gloria María Heredia Campos, Ana Rodríguez Almodóvar, Fátima Esteban Martínez, Mónica María Delgado Ortega y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Nuestro objetivo fue analizar el impacto pronóstico del mecanismo de la insuficiencia tricúspide (IT) severa en una serie de pacientes de un hospital universitario de nuestro medio.

Métodos: Se seleccionó retrospectivamente una muestra aleatoria de todos los pacientes > 18 años con IT severa estudiados con ecocardiografía en un hospital universitario del 1-1-2008 al 31-12-2017. Se clasificó la ITSEV en 6 grupos según su mecanismo y se analizaron los eventos al seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 189 pacientes (69 ± 13 años, 79% mujeres) con IT severa. El mecanismo fue afectación orgánica de los velos en 28 casos (15%); relacionada con electrocatéteres en 29 (15%); recidiva tras anuloplastia tricúspide en 10 (5%); funcional relacionada con valvulopatías izquierdas significativas en 88 (47%), con hipertensión pulmonar (tipos I y III) 16 (8%) y con dilatación del anillo 18 casos (10%). Tras 5 ± 3 años de seguimiento, 80 pacientes ingresaron por insuficiencia cardiaca y 103 fallecieron. Las supervivencias total y libre de ingreso por insuficiencia cardiaca (ICC) a 5 años fueron del 85, 37, 40, 57, 38 y 64% ($p = 0,004$) y 74, 21, 20, 44, 31 y 40% ($p < 0,0005$), para los distintos mecanismos de IT severa, respectivamente. Tras ajustar por las características basales el mecanismo no fue un predictor independiente de supervivencia, pero sí de supervivencia libre de ICC.

Conclusiones: En nuestro medio, el mecanismo predominante de la IT severa es funcional en relación con valvulopatías izquierdas. El pronóstico es significativamente peor en pacientes con electrocatéteres o recidiva tras anuloplastia, y más favorable en aquellos con afectación orgánica de velos.

630/104. LA IMPORTANCIA DEL TRIAJE EN URGENCIAS EN LA ORIENTACIÓN INICIAL DE LA PÉRDIDA TRANSITORIA DEL CONOCIMIENTO

Ángel Martínez Lara¹, Francisco José Guerrero Márquez² y Alberto Luis Avilés Toscano²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital de La Serranía, Ronda, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital de La Serranía, Ronda, Málaga.

Introducción y objetivos: La pérdida transitoria del conocimiento (PTC) es una entidad heterogénea frecuente en urgencias. Entre sus posibles etiologías destaca el síncope, que se caracteriza por ser una PTC de inicio rápido y duración corta con posterior recuperación espontánea completa, con una prevalencia del 1 al 3%. La aproximación inicial que se realiza desde el triaje es fundamental para establecer la situación inicial del paciente y una orientación diagnóstica inicial que posteriormente será corroborada por los facultativos. El objetivo del estudio es analizar si la información procedente del triaje se corrobora con el diagnóstico posterior.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo de los pacientes con motivo de admisión "mareos", "pérdida transitoria del conocimiento", "presíncope" y "síncope" durante 15 meses en nuestro centro hospitalario de ámbito rural.

Resultados: La muestra incluye a 271 pacientes. De estos, 217 (80,00%) presentaron como motivo de triaje síncope, 27 (9,96%) presíncope, 9 (3,32%) mareos y el 0% pérdida transitoria del conocimiento. De los 217 pacientes con síncope como motivo de triaje, 179 (82,48%) presentaron clínicamente un síncope, 42 (19,35%) un presíncope, 12 (5,52%) un episodio convulsivo, 1 (0,46%) un episodio de parestesias y 1 (0,46%) un accidente cerebrovascular.

Conclusiones: La correcta clasificación del síncope desde el triaje del servicio de urgencias es fundamental a la hora de la orientación inicial del paciente, al ser una patología muy frecuente. Se debería reforzar los términos de PTC según nos remarcen las nuevas guías de la Sociedad Europea de Cardiología.

630/105. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

Ignacio Gallo Fernández¹, Daniel Pastor Wulf¹, Josué López Baizan¹, Marta Serrano Criado¹, Rafael González Manzanares², Guisela Flores Vergara¹, Guillermo Dueñas Perez¹, Soledad Ojeda Pineda¹, Manuel Pan Álvarez-Ossorio¹ y Francisco José Hidalgo Lesmes¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El objetivo del estudio fue analizar la factibilidad y seguridad del tratamiento percutáneo del tronco coronario izquierdo (TCI) en pacientes de edad avanzada sometidos a cateterismo cardiaco por angina estable o síndrome coronario agudo, y que no eran candidatos a revascularización quirúrgica por alto riesgo quirúrgico o decisión médica.

Métodos: Estudio unicéntrico, descriptivo y retrospectivo. En el que se incluyeron a 140 pacientes de 75 o más años que presentaban lesión del TCI (aislada o asociada a otras lesiones coronarias) y cuya estrategia de tratamiento fue la revascularización percutánea.

Resultados: Durante este periodo se trataron un total de 165 pacientes en nuestro centro. La edad media fue de 81 ± 4 años y el 64% (89 pacientes) eran varones. En la mayoría de los pacientes (59%), la presentación clínica fue el síndrome coronario agudo. Cumplían criterios de fragilidad/alta comorbilidad asociada 75 pacientes, en los que predominaba la toma de

AINÉ como principal variable. Se obtuvo éxito inmediato en el procedimiento en el 97%, con una mortalidad intrahospitalaria del 7%. Tras una mediana de seguimiento de 19 meses, se registraron 29 eventos cardíacos adversos (20%): 3 pacientes sufrieron un infarto de miocardio no fatal, 7 precisaron nueva revascularización y 19 fallecieron por causa cardíaca. Sin embargo, hasta un 11% (15 pacientes) fallecieron por causas no cardíacas en el seguimiento.

Conclusiones: El tratamiento percutáneo del TCI en pacientes de edad avanzada y con múltiples comorbilidades asociadas podría considerarse una opción factible en esta población especial. La tasa de eventos cardíacos en el seguimiento parece aceptable.

630/106. CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA Y AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRREINA: PREVALENCIA Y DIFERENCIAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS

Ignacio Gallo Fernández, Rafael González Manzanares, Cristina Pericet Rodríguez, Josué López Baizan, Daniel Pastor Wulf, Mónica María Delgado Ortega, María Dolores Mesa Rubio, Juan Carlos Castillo Domínguez, Manuel Anguita Sánchez y José López Aguilera

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La cardiopatía hipertensiva (CHTA) es causa de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFEP). Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de ATTR en una cohorte de pacientes diagnosticados de CHTA y establecer diferencias clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas (ETT) y pronósticas entre ellas.

Métodos: Se incluyeron de forma retrospectiva todos los pacientes con CHTA a los que se solicitó una gammagrafía cardíaca con ^{99m}Tc-DPD para estudio de ATTR en nuestro centro. Se excluyeron aquellos con diagnóstico de otro tipo de amiloidosis. Se utilizó t-Student y U-Mann Whitney para comparar las variables cuantitativas de ambos grupos y χ^2 y Fischer para las cualitativas. Mediante Kaplan-Meier y log rank se compararon los eventos al seguimiento.

Resultados: De los 148 pacientes estudiados, 72 cumplieron los criterios de inclusión: 33 ATTR y 39 CHTA. Los pacientes con ATTR presentaron niveles más elevados de troponinas y NT-proBNP. En el ECG presentaron más frecuentemente patrón de pseudoinfarto, y alteraciones de la conducción en general. En ETT presentaron mayor hipertrofia, disfunción ventricular izquierda y presiones de llenado elevadas. En el seguimiento, se encontró una mayor necesidad de implante de marcapasos, una tendencia a una mayor mortalidad y de desarrollo de FA. No hubo diferencias en cuanto a reingresos hospitalarios.

Conclusiones: La ATTR es una enfermedad prevalente, con una frecuencia mayor a la esperada en pacientes diagnosticados de CHTA. Los pacientes con ATTR presentaron diferencias clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas y pronósticas respecto a los pacientes con CHTA.

630/107. SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST EN PACIENTES JÓVENES: UNA POBLACIÓN A TENER EN CUENTA

Carlos Barea González, Diego Félix Arroyo Moñino, Marta Pelaz Sánchez, Juan Carlos García Rubira y Néstor García González

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Los pacientes jóvenes presentan cardiopatía isquémica cada vez con mayor frecuencia, aun-

que los registros de esta población son escasos. Nuestro objetivo es analizar las características de estos pacientes, así como su pronóstico.

Métodos: Registro unicéntrico y observacional de los pacientes con edad ≤ 45 años que ingresan en la unidad coronaria con diagnóstico de SCACEST entre 2010-2022. Se aplicó la estadística descriptiva para resumir las características de los pacientes. El seguimiento se realizó con la plataforma clínica del Sistema Andaluz de Salud.

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes, siendo el 87% varones con edad media de 41 años. El 80% eran fumadores y el 49% tenían IMC > 25 , el 34% presentaron antecedentes familiares de CI. La prevalencia de HTA, DM2 y DLP fue del 28, 5,1 y 37,4% respectivamente. El mecanismo principal del evento fue la rotura de placa de ateroma (87,4%), siendo la enfermedad monovasos (69,2%) la afectación fundamental. El 63,1% presentó oclusión coronaria completa en la angiografía. Respecto al pronóstico, la mortalidad intrahospitalaria fue del 1,5 y el 1,5% en el seguimiento. El 27% de los pacientes reingresaron, aunque solo el 30,2% de este total presentaron un nuevo evento coronario.

Conclusiones: En nuestra población, la prevalencia de tabaquismo y sobrepeso/obesidad es elevada, con menor influencia de otros FRCV clásicos y con un peso relevante de los antecedentes familiares. El pronóstico a corto plazo es excelente, pero los reingresos son relativamente frecuentes, por lo que la prevención secundaria se antoja fundamental en estos pacientes.

630/108. PREDICTORES DE DESARROLLO DE ARRITMIAS EN ADULTOS CON ANOMALÍA DE EBSTEIN

Amadeo José Wals Rodríguez¹, Pastora Gallego García de Vinuesa¹, Antonia Pijuan Domenech², María José Rodríguez Puras¹, Berta Miranda Barrio², Blanca Gordon Ramírez², Raquel Ladron Abia¹, Víctor González Fernández² y Laura Dos Subira²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción y objetivos: Las arritmias son frecuentes en pacientes con anomalía de Ebstein (AE), sin embargo, no se han identificado predictores de desarrollo de arritmias durante el seguimiento. Nuestros objetivos son evaluar la incidencia de eventos arrítmicos e identificar predictores de desarrollo de arritmias en adultos con AE.

Métodos: En una cohorte multicéntrica de 123 pacientes adultos con AE seguidos durante una mediana de 6 años (IQ 2-12), examinamos retrospectivamente datos demográficos y clínicos, arritmias y hospitalizaciones. La supervivencia entre los grupos se comparó mediante *log rank* y la asociación de cada una de las variables con los eventos se evaluó mediante análisis de Cox univariado. Las variables con nivel de significación $< 0,05$ se incluyeron en análisis multivariado.

Resultados: La mediana de edad al final del seguimiento fue de 47 años (IQ 33-60) y el 61,8% ($n = 76$) eran mujeres. Tenían defectos asociados (DA) 72 pacientes. Un total de 43 pacientes (34%) fueron sometidos a reparación y 11(8,9%) precisaron reintervención. Durante el seguimiento, 40 pacientes (32,5%) tuvieron arritmias supraventriculares (AS), principalmente flutter auricular ($n = 19$; 15,6%) y fibrilación auricular ($n = 14$; 11,5%); 12 pacientes (9,8%) desarrollaron bloqueo auriculo-ventricular (BAV) de alto grado. En el modelo multivariado, las variables basales asociadas a la aparición de arritmias supraventriculares fueron la historia de cianosis (HR: 2,269; IC95%, 1,104-4,666; $p = 0,026$) y clase funcional (CF) sintomática (HR: 2,620; IC95%, 1,062-6,465; $p = 0,037$). En el caso del BAV de alto grado, las variables basales asociadas fueron la insufi-

ciencia cardiaca (HR: 32,546; IC95%, 2,534-418,067; $p = 0,008$) y prótesis valvular (HR: 7,993; IC95%, 1,396-45,770; $p = 0,020$).

Conclusiones: La incidencia de arritmias en adultos con AE es alta. La historia previa de cianosis y la CF sintomática son predictores de AS en el seguimiento. IC y prótesis valvular son predictores de BAV en el seguimiento.

630/110. LA RECURRENCIA DEL SÍNCOPE COMO INDICADOR HACIA LA CARDIOGENICIDAD DEL SÍNCOPE

Ángel Martínez Lara¹, Francisco José Guerrero Márquez² y Alberto Luis Avilés Toscano²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital de La Serranía, Ronda, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital de La Serranía, Ronda, Málaga.

Introducción y objetivos: El síncope es una pérdida transitoria del conocimiento de inicio rápido y duración corta con posterior recuperación espontánea completa. Su asociación con una patología cardiaca previa influye en la orientación del cuadro agudo a la hora de la toma de decisiones. El objetivo es evaluar el perfil recurrente de los síncope y su posible relación con cardiopatía previa.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo de los pacientes con episodio sincopal durante 15 meses en nuestro centro hospitalario de ámbito rural.

Resultados: El tamaño muestral de nuestra población fue de 189 pacientes con síncope. De estos, 91 (48,14%) presentaban HTA y 35 (18,51%) diabetes mellitus tipo 2. Respecto a la patología cardiaca preexistente, 29 (15,34%) presentaban FA-flutter, 12 (6,34%) valvulopatías (al menos moderada), 6 (3,17%) síncope previos, 3 (1,58%) síndrome coronario crónico y otros 3 (1,58%) miocardiopatía hipertrófica. Un paciente (0,52%) era trasplantado cardiaco. Con respecto a la recurrencia de los síncope, hasta el 22,75% (43) habían sufrido cuadros previos. Sin embargo, 12 de estos pacientes tenían algún grado de patología cardiaca preexistente (27,9%) ($p = 0,65$).

Conclusiones: En nuestra muestra de 189 enfermos no existe una asociación significativa entre la recurrencia de los síncope y la patología cardiaca preexistente. El grupo de arritmias de aparición de novo es el grupo donde aparecieron el mayor número de síncope.

630/111. PRETRATAMIENTO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

Luis López Flores, Alejandro Gómez González, Néstor García González, Fernando Altarejos Salido, Margarita Montero Parrilla, Juan Carlos García Rubira

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: En el síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), existen 2 estrategias respecto a la antiagregación: administrar de forma rutinaria un segundo antiagregante una vez establecido el diagnóstico clínico («pretratamiento») o añadirlo una vez conocida la anatomía coronaria. Las guías de 2020 de la ESC sobre SCASEST se decantan por la segunda opción cuando se va a optar por una estrategia invasiva temprana.

Métodos: El objetivo de nuestro trabajo, observacional y retrospectivo, es comparar resultados clínicos tras adoptar un protocolo en el que se indica no pretratar de forma rutinaria (a partir de marzo del 2021).

Resultados: Se incluyen 191 pacientes (90 en el grupo de pretratamiento y 101 en no pretratamiento del año anterior al inicio

del nuevo protocolo). No hubo diferencias en las características basales, en las escalas GRACE, TIMI y CRUSADE al ingreso, ni en la necesidad de inotrópicos. En el grupo de no pretratados hubo una mayor frecuencia de Killip III/IV (el 7,8 frente al 19,8%). En ambos grupos, la mortalidad total durante el ingreso hospitalario, el riesgo de reinfarto y de ictus fueron similares. En el grupo de no pretratamiento hubo una menor incidencia de hemorragias relevantes, aunque no se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa (el 10 frente al 6%). La revascularización quirúrgica fue mayor en el grupo de no pretratamiento de forma significativa (el 1,1 frente al 7,9%; $p = 0,026$).

Conclusiones: La estrategia de no pretratar se asoció a una mortalidad y resultados isquémicos similares, con una tendencia a la reducción de sangrados, y a una mayor revascularización quirúrgica.

630/112. TELE-REHABILITACIÓN CARDIACA: UNA REALIDAD A NUESTRO ALCANCE

Carlos Barea González¹, Rocío Martínez Núñez¹, Luis López Flores¹, Fernando Altarejos Salido¹, María José López Marco², Laura Prieto Valiente² y María del Mar Martínez Quesada¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: Las restricciones por la pandemia han impulsado el desarrollo de la consulta virtual. En 2021 iniciamos un programa de rehabilitación cardiaca supervisado telemáticamente (TRC), por lo que nos propusimos analizar su seguridad y resultados respecto al programa convencional.

Métodos: Se analizaron los pacientes que realizaron rehabilitación cardiaca en un hospital terciario en los años 2020-2021. El programa de TRC consistía en un entrenamiento presencial con seguimiento semanal (telefónico/APP) o entrenamiento virtual por videollamada.

Resultados: Se analizan 414 pacientes, de los cuales 97 realizaron el programa a distancia. El 85% fueron varones con edad media de 56 años. El 88,7% presentó un SCA reciente. No hubo diferencias en la distribución por sexo, diabetes o tabaquismo. Los que realizaron TRC eran más jóvenes ($53,5 \pm 8$ frente a $57,4 \pm 9$ años; $p = 0,000$) y con menor proporción de arteriopatía periférica. Tuvieron mejor capacidad funcional ($9,4 \pm 2$ frente a $6,7 \pm 2,5$ MET; $p = 0,000$) y percepción de calidad de vida (58 ± 22 frente a 56 ± 21 en el cuestionario SF-36) en la evaluación inicial. Los niveles de cLDL y PAD fueron similares en ambos grupos, con mejor control glucémico en el grupo de TRC ($5,8$ frente a $6,2$ de HbA1c; $p = 0,026$), aunque con peor control de PAs (el 83 frente al 91%; $p = 0,030$). No hubo diferencias en el incremento de la capacidad funcional, pérdida de peso ni calidad de vida. No hubo complicaciones ni abandonos en el grupo tele-RHB.

Conclusiones: El programa de TRC es seguro, factible y consigue resultados equivalentes al programa presencial. El control de la PA debe intensificarse en estos pacientes en lo sucesivo.

630/113. RELEVANCIA DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ORIENTADAS A LA CLÍNICA DEL PACIENTE EN EL MANEJO INICIAL DEL SÍNCOPE

Ángel Martínez Lara¹, Francisco José Guerrero Márquez² y Alberto Luis Avilés Toscano²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital de La Serranía, Ronda, Málaga. ²Unidad de Cardiología, Hospital de La Serranía, Ronda, Málaga.

Introducción y objetivos: Las pruebas complementarias de realización inicial en el síncope son la toma de la presión arterial en decúbito y bipedestación, y la realización de un electrocardiograma. Estas determinarán si el paciente requiere pruebas complementarias adicionales. El objetivo es valorar si la solicitud de pruebas complementarias influye en el pronóstico del paciente, sobre todo la utilidad del análisis de sangre con la determinación de troponinas.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo de las pruebas complementarias de los pacientes con síncope en urgencias durante 15 meses.

Resultados: De los 189 pacientes con episodio sincopal, a 178 (94,17%) se les realizó una toma de presión arterial en decúbito y a ninguno se les realizó el test del ortostatismo ni del seno carotídeo. Al 88,36% se le realizó analítica de sangre, con determinación de troponina en el 81,32%. De estos, 15 mostraron una elevación por encima del punto de corte de nuestro centro (hsTnI: 45.430 ng/dl). Solo hubo 1 fallecimiento en el contexto del COVID-19 ($p = 0,88$). Tampoco hubo relación con la implantación de marcapasos ($p = 0,10$). Se realizó electrocardiograma al 92,59% (175). Aparecieron alteraciones en el 24,00%, presentando relación entre la alteración y el fallecimiento ($p = 0,01$). No la hubo respecto al implante de marcapasos ($p = 0,50$). La tomografía computarizada se realizó a 12 pacientes (6,34%), principalmente secundaria al traumatismo craneoencefálico en paciente anticoagulado.

Conclusiones: El manejo del síncope en urgencias no debe estar protocolizado con la solicitud de analítica sanguínea con biomarcadores cardíacos. Una buena anamnesis, exploración y análisis del electrocardiograma pueden tener valor pronóstico en términos de mortalidad.

Conclusiones: El manejo del síncope en urgencias no debe estar protocolizado con la solicitud de analítica sanguínea con biomarcadores cardíacos. Una buena anamnesis, exploración y análisis del electrocardiograma pueden tener valor pronóstico en términos de mortalidad.

630/114. TAPONAMIENTO CARDIACO EN LA UNIDAD CORONARIA

Luis López Flores¹, María Correa Romero², Néstor García González¹, Fernando Altarejos Salido¹, María Del Carmen López Flores¹ y Juan Carlos García Rubira¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Universidad de Sevilla, Sevilla.

Introducción y objetivos: El taponamiento cardiaco constituye una emergencia médica que puede ser revertida con un reconocimiento rápido y un tratamiento adecuado. La frecuencia de las diferentes etiologías varía en función de la geografía y de los criterios de selección del estudio. El cuadro agudo sigue teniendo consecuencias pronósticas importantes, ya que puede ser la primera manifestación de una enfermedad oncológica. El objetivo de nuestro trabajo fue revisar las causas, la forma de presentación y las variables asociadas a diagnóstico de malignidad o muerte en el seguimiento en los pacientes sometidos a drenaje de derrame pericárdico en la unidad coronaria de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se incluyen a los pacientes sometidos a pericardiocentesis o a drenaje quirúrgico de derrame pericárdico con ingreso en unidad coronaria entre septiembre de 2019 y septiembre de 2021.

Resultados: Se realizaron 39 procedimientos de drenaje pericárdico en 36 pacientes. Los diagnósticos más frecuentes fueron cáncer (42,9%, de los que el 40% no tenía diagnóstico previo de cáncer), iatrogénico (5,7%), pericarditis (14,3%) y postoperatorio de cirugía cardíaca (11,4%). A los 3 meses, 7 pacientes (20%) habían fallecido, 6 por cáncer. En el líquido pericárdico, la glucosa y proteínas bajas se asociaron a malignidad. El aspecto del líquido (seroso/hemático) y la forma de presentación clínica no permitieron predecir etiología maligna del derrame ni mortalidad a los 3 meses.

Conclusiones: El taponamiento cardiaco es una situación clínica grave con buena evolución intrahospitalaria tras el tra-

tamiento adecuado. La causa más frecuente es el cáncer, con una alta mortalidad en el seguimiento a corto plazo.

630/115. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Luis López Flores¹, Carlos Barea González¹, Rocío Martínez Núñez¹, María José López Marco², Laura Prieto Valiente² y María del Mar Martínez Quesada¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción y objetivos: La rehabilitación cardíaca (RC) ha demostrado claros beneficios en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Sin embargo, raramente se remiten a estos pacientes a las unidades de RC.

Métodos: Se analizaron pacientes con IC crónica que completaron el programa en 2020 y 2021 en un hospital terciario. Se valoraron las características demográficas y clínicas. Al finalizar el programa, se realizó una valoración clínica, analítica y con ergometría con consumo de oxígeno para evaluar los resultados.

Resultados: Se incluyen 36 pacientes, 83% varones, edad media de 56 ± 14 años, 44% diabéticos y 53% fumadores, con FEVI basal del $38 \pm 9\%$. En la prueba de esfuerzo (PE) inicial, se consiguió un RER > 1 en todos los casos. El consumo pico fue de 13 ± 4 ml/kg/min. El slope CO_2 fue patológico en el 65% de los casos. Tras el programa, se consiguieron valores objetivo de cLDL en el 58% y de HbA1c en el 72%. Se objetivó una mejoría en el cuestionario de calidad de vida (SF 36) de $9,4 \pm 16$ puntos. El peso se modificó escasamente ($0,2 \pm 5$ kg).

Se observó un incremento del consumo de O_2 pico de $1,4 \pm 2$ ml/kg/min y del consumo de O_2 en el umbral anaerobio de $1,2 \pm 3$ ml/kg/min. Los índices de ineficiencia ventilatoria mejoraron ligeramente. No se encontró ningún predictor clínico ni parámetro de la ergoespirometría inicial que permitiera predecir mejoría funcional con el programa. No hubo incidencias durante los entrenamientos en el gimnasio.

Conclusiones: En IC crónica, la RC fue segura y consiguió leves aunque significativas mejorías en la capacidad funcional.

630/116. INFLUENCIA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN LA ESTRATEGIA DE REVASCULARIZACIÓN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

María Victoria Doncel Abad¹, Ada del Mar Carmona Segovia², Ana Isabel Molina Ramos¹, Víctor Manuel Becerra Muñoz¹, Jorge Rodríguez Capitan¹, Francisco Javier Pavon², Manuel Jiménez Navarro¹, María Flores Lopez², Dina Medina Vera² y Paloma Márquez Camas¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción y objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) en la edad avanzada supone un reto diagnóstico y terapéutico, ya que son pacientes infrarrepresentados en los ensayos clínicos y presentan enfermedad coronaria compleja, comorbilidad y fragilidad, lo que podría condicionar la estrategia de revascularización (completa frente a incompleta). El objetivo de este estudio es valorar la influencia de la fragilidad, comorbilidad y deterioro cognitivo del paciente con edad avanzada y SCA en la estrategia de revascularización percutánea (completa frente a incompleta).

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye a pacientes mayores de 70 años que ingresan por un SCA en hospital de tercer nivel, sometidos a cateterismo y revascularización. Se realizó una valoración geriátrica integral mediante las escalas

de Frail (fragilidad), escala de Pfeiffer (deterioro cognitivo), índice de Barthel (dependencia) e índice de Charlson (comorbilidad). **Resultados:** Se incluyó a 87 pacientes (65% hombres), con edad media de 80,52 años. El 31,4% de los pacientes recibió revascularización completa y el 33,1 % puntuó positivamente en alguna de las escalas. Entre estos últimos, el porcentaje de revascularización completa fue del 33,3% (frente al 29,4% entre los que no puntuó en las escalas; $p = 0,72$). Entre los pacientes revascularizados de forma completa, el 54,5% puntuó en alguna de las escalas.

Conclusiones: No objetivamos asociación entre las escalas de valoración geriátrica y la estrategia de revascularización percutánea realizada en nuestro centro.

630/117. USO DE BETABLOQUEANTES EN AMILOIDOSIS CARDIACA POR DEPÓSITO DE TRANSTIRETINA: ¿CENICIENTA O VERDUGO?

Cristina Pericet Rodríguez, José López Aguilera, Ignacio Gallo Fernández, Rafael González Manzanares, Josué López Baizan, Mónica Delgado Ortega, Dolores Mesa Rubio, Juan Carlos Castillo Domínguez, Joaquín Ruiz De Castroviejo y Manuel Anguita Sánchez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: En pacientes con amiloidosis por depósito de transtirretina (ATTR), el uso de terapias de bloqueo neurohormonal, como los betabloqueantes, se ha asociado a la aparición de hipotensión y bradicardias que ha hecho precisar una suspensión de este tratamiento. El objetivo es investigar si existe asociación entre la toma de betabloqueantes y el pronóstico de los pacientes con ATTR.

Métodos: Estudio unicéntrico, longitudinal, retrospectivo, de 39 pacientes registrados con ATTR (7 ATTRv y 32 ATTRwt), se dividieron en 2 grupos: grupo 1, aquellos que recibían tratamiento con betabloqueante en el momento de su inclusión en el registro; grupo 2, aquellos que no. Se evaluó el impacto a medio plazo en términos de mortalidad, reingresos por IC o necesidad de marcapasos.

Resultados: No hubo diferencias en características basales de ambos grupos; grupo 1 (19 pacientes [48,7%], 78 ± 9 años, FE $49 \pm 13\%$, SIV $17,5 \pm 3$ mm, 68,4% varones, 47,4% FA); grupo 2 (20 pacientes [51,3%], 76 ± 13 años, FE $55 \pm 17\%$, SIV $16,5 \pm 3,5$ mm, 80% varones, 45% FA). Supervivencia media $40,4 \pm 42$ meses. Los pacientes con ATTR en tratamiento con betabloqueantes tuvieron similares tasas de complicaciones en el seguimiento: mortalidad del 31,6 frente al 25,0%, $\log \text{rank-p}$ 0,239; reingreso por IC el 52,6 frente al 30,0%, $\log \text{rank-p}$ 0,324; marcapasos el 29,4 frente al 21,0%, $\log \text{rank-p}$ 0,333.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con ATTR, el uso de betabloqueantes no se asoció a un peor pronóstico en términos de mortalidad, reingresos por IC o necesidad de marcapasos.

630/118. MANEJO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO REVASCULARIZADO CON ÉXITO Y PRIMER EPISODIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR REVERTIDA DURANTE LA FASE DE ISQUEMIA AGUDA

Jesús Rodríguez Nieto¹, Jesús Rodríguez Nieto¹, Rafael González Manzanares¹, Alejandro Gutiérrez Barrios², Tomás Benito González³ y Francisco Hidalgo Lesmes¹

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ³Unidad de Cardiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León.

Introducción y objetivos: Analizar el manejo antitrombótico que se realiza en pacientes que ingresan por síndrome coronario agudo (SCA) revascularizado con éxito, y desarrollan un primer episodio de fibrilación auricular que revierte (FAR) durante la fase de isquemia aguda.

Métodos: Registro multicéntrico observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes consecutivos con FAR en el contexto de un síndrome coronario agudo. Se agruparon los pacientes según recibieran anticoagulación al alta asociada a antiagregación o solo antiagregación. El objetivo primario fue un combinado de eventos hemorrágicos e isquémicos al año de seguimiento (sangrado mayor/menor clínicamente relevante, AIT/ictus, muerte cardiovascular, infarto agudo de miocardio).

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes (71 ± 11 años; 25,3% mujeres, Chad-Vasc 4 [IQR 3-5], Has bled: 3 [IQR 2-4]), de los cuales 53 (63,9%) recibieron anticoagulante oral. No hubo diferencias significativas entre las características basales de ambos grupos. Al año de seguimiento el *end point* primario ocurrió en 13 (24,5%) de los pacientes que recibieron anticoagulación y en 3 (30%) de los pacientes no anticoagulados ($p = 0,15$). Ocurrieron 8 (15,1%) sangrados mayores/menores clínicamente relevantes en el grupo de anticoagulados y 1 (3,4%) en el grupo de no anticoagulados ($p = 0,149$). Hubo 5 (9,4%) MACE en el grupo de anticoagulados frente a 2 (6,7%) en el grupo de no anticoagulados.

Conclusiones: La adición de anticoagulación oral parece ser la estrategia más seguida en la práctica clínica, aunque muestra una tendencia a una mayor tasa de eventos adversos al seguimiento.

630/119. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DESDE LA PERSPECTIVA DEL SEXO EN UNA CONSULTA DE CARDIOONCOLOGÍA

Josué López Baizan, Ignacio Gallo Fernández, Daniel Pastor Wulf, Gloria María Heredia Campos, Consuelo Fernández Avilés Irache, Fátima Esteban Martínez, Martín Ruíz Ortiz, Ana Rodríguez Almodóvar, Mónica Delgado Ortega y Dolores Mesa Rubio

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La enfermedad cardiovascular y las neoplasias son las principales causas de muerte y discapacidad en ambos sexos. Ambas entidades están conectadas por mecanismos fisiopatológicos y comparten factores de riesgo que ensombrecen el pronóstico durante el tratamiento antitumoral. El objetivo del estudio es describir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables en una consulta de cardiooncología, y analizar su distribución en función del sexo.

Métodos: Se recogió la prevalencia de FRCV de los pacientes atendidos, y se analizaron en función del sexo mediante el test de chi al cuadrado.

Resultados: Desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020 se valoraron 293 pacientes en la consulta de cardiooncología, un 65% (191) mujeres con una edad media de 59 ± 14 años. De forma global, un 25% (75) tenía antecedentes de tabaquismo activo, un 30% (89) era hipertenso, un 14% (41) diabético, un 19% (55) dislipémico y un 15% (45) presentaba obesidad. La mayoría tenía un solo FRCV registrado, 84 (29%), 54 pacientes tenían 2 (18%), 22 tenían 3 (7,5%), y 9 (3,1%) 4 o más FRCV. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al consumo de tabaco y presencia de dislipemia, siendo mayor en hombres. La presencia de algún FRCV, así como de múltiples FRCV (4 o más) fue más común en hombres.

Conclusiones: La prevalencia de FRCV en la consulta de cardiooncología fue elevada y ligeramente superior en varones,

resultados concordantes con la literatura. Las consultas de cardiooncología son una herramienta fundamental en el diagnóstico, control y tratamiento de los FRCV.

630/120. UTILIDAD DEL USO DE LA ESTRATEGIA DE CORREGISTRO CON IFR EN LESIONES CORONARIAS LARGAS Y/O DIFUSAS (ESTUDIO ILARDI): ANÁLISIS INTERMEDIO DE LOS PRIMEROS 50 PACIENTES

Daniel Pastor Wulf, Ignacio Gallo Fernández, Josué López Baizan, Guisela Flores Vergara, Soledad Ojeda Pineda, Manuel Pan Álvarez-Ossorio, Javier Suárez De Lezo Herreros De Tejada, Miguel Ángel Romero Moreno, Guillermo Dueñas Pérez y Francisco José Hidalgo Lesmes

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El objetivo del estudio es valorar la utilidad del corregistro con la técnica del índice diastólico instantáneo sin ondas (iFR) en la revascularización percutánea de arterias coronarias con lesiones largas, difusas y en tándem (LLDT).

Métodos: Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, multicéntrico, en el que se han incluido pacientes con LLDT con una longitud mínima de 25 mm y con significación fisiológica evaluada por iFR ($\leq 0,89$). Los pacientes fueron aleatorizados a 2 grupos: revascularización guiada por corregistro con iFR y revascularización guiada por angiografía. El objetivo primario del estudio es la reducción de la longitud de metal intracoronario implantado. Como objetivos secundarios se incluyeron eventos clínicos adversos al seguimiento. El uso de imagen intracoronaria quedó a criterio del operador.

Resultados: Se presentan los resultados de primeros 50 pacientes incluidos en el estudio (50% tamaño muestral estimado). La edad media fue 68 ± 9 años y el 78% eran varones con un porcentaje elevado de factores riesgo cardiovascular. La arteria descendente anterior fue la más frecuentemente analizada (70,8 y 76%; $p = 0,35$). No hubo eventos adversos intracoronarios durante el procedimiento en ninguno de los grupos. Se realizó imagen intracoronaria en 4 pacientes (3 y 1; $p = 0,61$). Al analizar el objetivo primario, la longitud de *stent* implantado en el grupo intervención fue 32 ± 18 mm y en el grupo control 48 ± 15 mm, $p = 0,002$. Respecto a los eventos clínicos a 12 meses de seguimiento, 1 paciente del grupo intervención (5%) precisó nueva revascularización y hubo 2 episodios de hemorragia menor (1 y 1, $p = 0,756$).

Conclusiones: El análisis intermedio del estudio iLARDI demuestra que el guiado de la revascularización percutánea de LLDT permite reducir la longitud del *stent* implantado, sin diferencias en eventos clínicos adversos a 12 meses de seguimiento. Es necesario completar la inclusión completa de los pacientes para confirmar estos resultados preliminares

630/121. RESULTADOS A MEDIO PLAZO TRAS A ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA EN ZONA DE RAMA IZQUIERDA EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE MARCAPASOS TRAS IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

Jorge Perea Armijo, Guillermo Gutiérrez Ballesteros, Francisco Mazuelos Bellido, Alberto Piserra López-Fernández De Heredia, Jesús Rodríguez Nieto, Javier Suárez de Lezo Herreros de Tejada, Soledad Ojeda Pineda, Miguel Romero Moreno, Manuel Pan Álvarez-Ossorio y José María Segura Saint-gerons

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La necesidad de marcapasos definitivo tras implante de válvula aórtica transcatheter (TAVI) oscila entre el 3,4 y el 25,9% de los pacientes. La estimulación fisiológica en zona de rama izquierda es una opción de estimulación en esta población. El objetivo del estudio fue evaluar la respuesta electrocardiográfica, ecocardiográfica y de los parámetros de estimulación de forma aguda y en el seguimiento a medio plazo en este grupo.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de una cohorte de pacientes con TAVI e indicación de implante de marcapasos desde diciembre 2019 a febrero 2022. Se recogieron variables clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas y de parámetros de estimulación basal, y en el seguimiento a medio plazo.

Resultados: Se analizaron un total de 14 pacientes con una media de edad de $78,9 \pm 5,6$ años. La media del QRS basal fue de 149 ± 23 y 118 ± 12 ms tras el implante ($p < 0,05$). La FEVI basal fue del 66 ± 14 y, con una mediana de seguimiento de 4 meses, la FEVI era del $64 \pm 6\%$ ($p = 0,767$). Tras el implante, el umbral medio fue de $0,64 \pm 0,35$ V y la onda R de 14 ± 8 mV. Con una mediana de seguimiento de 4 meses, el umbral medio fue de $0,79 \pm 0,6$ V y la onda R de 18 ± 12 mV, sin diferencias significativas respecto al implante. No observamos complicaciones agudas ni en el seguimiento relacionadas con el implante del cable en zona de rama izquierda.

Conclusiones: La estimulación fisiológica en zona de rama izquierda en pacientes con indicación de marcapasos definitivo tras TAVI es segura y con estabilidad de los parámetros de estimulación en el seguimiento.

630/122. TERAPIA COMBINADA DE INICIO CON AMBRISENTÁN MÁS TADALAFILO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR

Fernando Candanedo Ocaña¹,
Francisco Javier Camacho Jurado¹,
Manuel Santiago Herruzo Rojas¹, Pablo González Pérez¹,
Mónica Martín Hidalgo¹, Francisco José Morales Ponce¹
y Antonio Vargas Puerto²

¹Unidad de Cardiología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz. ²Unidad de Neumología, Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, Cádiz.

Introducción y objetivos: La hipertensión pulmonar (HTP) es una entidad clínica infrecuente, con limitación funcional importante y corta supervivencia. Nuestro objetivo es describir los resultados de una serie de casos con terapia precoz basada en combinar ambrisentán más tadalafilo.

Métodos: Estudio descriptivo de 6 pacientes con HTP grupo 1 de la OMS de riesgo bajo/moderado, que iniciaron terapia con ambrisentán más tadalafilo, con seguimiento clínico, analítico y ecocardiográfico, al menos en los primeros 4 meses.

Resultados: El 66,7 % de los pacientes fueron mujeres, con edad media de $46,5 \pm 16,4$. El 50% presentaba HTP idiopática, el 33,3% asociada al VIH y el 16,7% asociada a enfermedad autoinmune. El 66,7% se encontraba en clase II NYHA, un 33,3% en clase III y un 33,3% presentaba datos de ICD. La media de NT-proBNP se situó en 7.033 ± 12.697 . La velocidad pico de regurgitación tricuspídea (velocidad IT) fue de $4,6$ m/s, la PSP estimada de $101,8 \pm 28,5$ mmHg, el TAPSE medio de $14 \pm 1,6$. En la primera visita de seguimiento, el 83,3% se encontraba en clase I, sin datos de ICD, y NT-proBNP medio se redujo a 318 ± 398 . La velocidad IT se redujo a $2,93 \pm 1,8$ m/s, la PSP media estimada se situó en $62,8 \pm 37,7$ mmHg, el TAPSE medio fue de $18,8 \pm 2,5$ m/s.

Conclusiones: Esta combinación precoz de fármacos produce una importante mejoría clínica y ecocardiográfica que es evi-

dente desde el inicio del seguimiento. Esto, como han demostrado algunos estudios, es fundamental para mejorar el curso de esta enfermedad.

630/123. EFECTO DE LA RESINCRONIZACIÓN CARDIACA MEDIANTE ESTIMULACIÓN EN RAMA IZQUIERDA EN PACIENTE NO RESPONDEDORES A LA ESTIMULACIÓN BIVENTRICULAR CONVENCIONAL

Manuel Molina Lerma, Pablo Javier Sánchez Millán,
Rosa Macías Ruiz, Juan Jiménez Jáimez
y Miguel Álvarez López

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción y objetivos: La respuesta a la resincronización cardiaca se estima en torno al 60-80% dependiente de las series publicadas. No hay información de la terapia alternativa para los pacientes no respondedores. Este estudio pretende evaluar el efecto de la resincronización cardiaca mediante estimulación en rama izquierda (ERI) en pacientes no respondedores a la resincronización convencional.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico, en el que se evaluó el efecto en 8 pacientes no respondedores a resincronización mediante estimulación biventricular y a los que se les implantó un electrodo en rama izquierda.

Resultados: Se consiguió éxito en los 8 pacientes. Edad media de 59 ± 4 años. Tres pacientes tenían miocardiopatía isquémica y 5 no isquémica. EL QRS estimulado se estrechó de 176 ± 12 ms biventricular a 153 ± 8 ms en rama izquierda, de forma no significativa. Tras un seguimiento medio de 13 ± 3 meses, la FEVI aumentó de forma no significativa del 31,5 al 35,8% ($p = 0,1$). Hubo una mejoría significativa de la clase funcional NYHA de 2,75 a 1,88 ($p = 0,021$). Los volúmenes disminuyeron, aunque de forma no significativa. No hubo muertes en el seguimiento y solo hubo un ingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: La resincronización cardiaca mediante ERI es segura y eficaz, con una mejora sintomática significativa, aunque sin un claro impacto positivo en el remodelado inverso cardiaco. Se necesitan estudios de mayor muestra y seguimiento que avalen estos resultados.

630/124. RESULTADOS Y SEGUIMIENTO DE LA CRIOABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Irene María Esteve Ruíz, María Teresa Moraleda Salas,
Álvaro López-Masjuán Ríos, Álvaro Arce León,
José Venegas Gamero, Juan Manuel Fernández Gómez
y Pablo Morina Vázquez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: Estudios recientes han demostrado la eficacia y seguridad del tratamiento de la fibrilación auricular (FA) con crioablación frente a fármacos antiarrítmicos. Nuestro objetivo es evaluar las características basales y los resultados a medio plazo de aquellos pacientes remitidos a crioablación.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que incluimos aquellos pacientes remitidos para crioablación entre 2017 y 2021.

Resultados: Se incluyeron 131 pacientes ($59,9 \pm 12,3$ años, 65,9% varones, CHA2DS2-VASc $1,5 \pm 1,5$). Una minoría presentaba cardiopatía estructural (12,3%), siendo las causas más frecuentes la taquimiocardiopatía (6,9%), la cardiopatía is-

quémica (3,8%) y la miocardiopatía dilatada (6,9%), presentando el 9,9% insuficiencia cardiaca. El diámetro de la aurícula izquierda fue de $42,2 \pm 5,5$ mm y la FEVI $60,9 \pm 8,5\%$. El 78,6% presentaba FA paroxística y el 21,4% persistente. La anatomía más frecuente hallada en el procedimiento fue 4 venas pulmonares independientes (81,6%), seguido de tronco común izquierdo (10,7%) y derecho (3,8%). En 41 pacientes (31,3%) se realizó aislamiento de la orejuela izquierda. La tasa de complicaciones periprocedimiento fue del 0,5%. En el seguimiento, 3 pacientes (2,3%) presentaron ictus cardioembólico (media de tiempo para su aparición $26,7 \pm 6,5$ meses). Durante el seguimiento ($25,4 \pm 15,4$ meses) 32 pacientes (24,4%) presentaron una recurrencia tras los 3 meses de *blanking* (media hasta recurrencia $14,3 \pm 11,2$ meses). Trece pacientes (9,9%) fueron remitidos para un segundo procedimiento mediante radiofrecuencia y 9 p (6,9%) desarrollaron flutter atípico.

Conclusiones: La crioablación ha demostrado presentar una tasa de éxito elevada, con una baja tasa de complicaciones a medio plazo, confirmando su uso como primera línea de tratamiento de la FA paroxística o persistente.

630/125. FACTORES PREDICTORES DE RECUPERACIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA SEGÚN LA DEFINICIÓN UNIVERSAL DE MEJORÍA DE FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA

Jorge Perea Armijo, José López Aguilera, Juan Carlos Castillo Domínguez, Jesús Rodríguez Nieto, Alberto Piserra López-Fernández De Heredia, Cristina Pericet Rodríguez, Rafael González Manzanares, Manuel Anguita Sánchez, María Dolores Mesa Rubio y Manuel Pan Álvarez-Ossorio

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: En la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (IC-FER) hay un porcentaje de pacientes que presentan mejoría de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), y actualmente hay unos criterios internacionales para su definición. Nuestro objetivo fue analizar factores predictores de recuperación de FEVI y pronóstico a medio plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con IC-FER. Se compararon pacientes con mejoría de la FEVI según la nueva definición (grupo 1, IC-FEm) con aquellos que mantuvieron la disfunción (grupo 2, IC-FEPr). Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas, y se evaluó el impacto a medio plazo en términos de mortalidad y reingresos por IC.

Resultados: Se analizaron un total de 90 pacientes con una edad media de $68,5 \pm 11$ años. Un total de 45 pacientes mejoraron la FEVI y otros 45 mantuvieron la FEVI reducida. El grupo 1 tenía menos DM (el 37,8 frente al 62,2%; $p = 0,01$), HTA (el 53,3 frente al 80,0%; $p = 0,01$), mayor prevalencia de IC de novo (el 77,8 frente al 42,2%; $p = 0,01$), menos etiología isquémica (el 22,2 frente al 42,2%; $p = 0,03$) y menos diámetro diastólico

(DdVI $60,4 \pm 7,6$ frente a $65,5 \pm 7,0$ mm; $p = 0,01$). En análisis multivariable, se han identificado la IC de novo ($p < 0,001$), ausencia HTA ($p = 0,014$), menor diámetro sistólico basal ($p < 0,001$) y mayores niveles de hemoglobina ($p = 0,015$), como factores predictores de recuperación. El grupo 1 tuvo menor tasa de reingreso (el 3,1 frente al 24,9%; $p = 0,003$) y menor mortalidad por IC (el 0 frente al 24,4%; $p = 0,003$).

Conclusiones: Los pacientes con IC-FEm suelen ser pacientes sin hipertensión, IC de novo, menor diámetro sistólico y mayores niveles de hemoglobina. Dichos pacientes asocian un mejor pronóstico a medio plazo en reducción de ingresos y mortalidad por IC.

630/126. UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO PARA COMBATIR LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA COMPLICADA

Carmen Lluch Requerey, Miguel Ángel Montilla Garrido, Ana José Manovel Sánchez y Antonio Gomez

Unidad de Cardiología, Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad con elevada mortalidad. Frecuentemente cursa con clínica larvada que supone un reto médico, siendo de especial importancia la sospecha clínica y el uso adecuado de técnicas de imagen para su diagnóstico, principalmente el ecocardiograma transesofágico (ETE). El objetivo fue analizar el perfil y curso clínico de las EI diagnosticadas en nuestra unidad de imagen en la última década.

Métodos: Análisis descriptivo de los pacientes diagnosticados de EI mediante ETE entre 2006-2021. Se valoraron los factores: tipo de microorganismo, tipo de válvula, localización valvular, complicaciones, intervención quirúrgica y mortalidad.

Resultados: Se analizaron 77 casos diagnosticados de EI. Sobre válvula nativa 43 casos (62,3%). La válvula más afectada fue la mitral ($n = 20$; 46,5%) en el caso de las válvulas nativas y la válvula aórtica ($n = 12$; 85,7%) en el caso de prótesis; las prótesis biológicas ($n = 14$; 52,3%) fueron más afectadas que las mecánicas. El microorganismo más responsable fue SAMS (21,1%). El 69,7% ($n = 53$) cursó como EI complicada, más frecuente en válvulas nativas frente a protésicas (el 70 frente al 30%; $p = 0,033$), y similar entre prótesis biológicas frente a mecánicas (el 53,3 frente al 40%; $p = 0,965$). El tamaño > 1 cm de la vegetación fue la complicación más frecuente (17,6%), y el 38,3% ($n = 20$) de todas las EI complicadas precisaron intervención quirúrgica. La mortalidad por EI fue del 25% ($n = 19$). Se observó significativamente menor mortalidad entre los casos intervenidos: 3 (15%) frente a 19 (58%); $p = 0,002$.

Conclusiones: La válvula mitral nativa es el sustrato más observado en los casos de EI en nuestra muestra. La EI complicada es frecuente, especialmente sobre válvulas nativas. La mortalidad por EI es elevada, con mejor pronóstico los que requieren intervención. El ETE es decisivo para la valoración y manejo clínico de esta patología.